

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**TRAÇOS DE PERSONALIDADE E TRAUMA COMPLEXO  
E A COMPARAÇÃO ENTRE  
A AMOSTRA CLÍNICA E A POPULAÇÃO GERAL**

**Andreia Filipa Marreiros Carriço**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)**

**2018**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**TRAÇOS DE PERSONALIDADE E TRAUMA COMPLEXO  
E A COMPARAÇÃO ENTRE  
A AMOSTRA CLÍNICA E A POPULAÇÃO GERAL**

**Andreia Filipa Marreiros Carriço**

**Dissertação orientada pela Professora Doutora Joana Henriques Calado**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**  
**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)**

**2018**

*Come out my little Bird,  
Don't let them get you in a cage.  
No Relation*

## *Agradecimentos*

*Em primeiro lugar, agradecer essencialmente e especialmente à minha Mãe, ao meu Pai, à minha Irmã e ao meu Irmãozinho, por me aceitarem em todos os meus estados emocionais e acreditarem mais em mim do que eu própria. Sem vocês não teria conseguido. Vocês tornam-me numa pessoa maior e melhor... Um especial obrigado aos meus avós!*

*Obrigada ao amor da minha vida, pelo amor, amizade, paciência, loucura e por percorrer todo o caminho comigo. Namoro-te.*

*Um especial e sincero agradecimento à Professora Dra. Joana Henriques Calado pelo tempo, paciência, conhecimento, apoio, preocupação, que nunca duvidou de mim e que sempre esteve disponível para esta dissertação.*

*Ao professor Dr. Bruno Ademar Paisana Gonçalves por ter sido um exemplo tão importante e significativo no 5º ano e por me ter ensinado a encarar os problemas com boa disposição.*

*Um enorme, gigante, e louco obrigado à minha fiel companheira, de todos os momentos, que sempre me ajudou e que esteve presente, sem nunca duvidar de mim. Pelo derradeiro percurso que nos uniu e que me ensinou tanto, tanto... Sinto, logo penso... Obrigada minha Ana, sem ti nada era tão divertidamente louco!*

*Obrigada a todos os meus colegas, que tanto me fizeram sentir bem mesmo longe de casa...*

*Á Marina, minha companheira de tese, à minha querida Mafalda e ao meu AM por revitalizarem as minhas forças e às restantes B's! Adoro-vos.*

## Resumo

Esta dissertação insere-se no domínio da Psicologia Clínica e aborda a temática do Trauma Complexo e dos Traços de Personalidade, uma vez que o seu estudo conjunto encontra escassa investigação na comparação entre amostras clínica e normativa, este apresenta-se como um contributo empírico e concetual. Esta investigação assenta em quatro objetivos principais: (1) Comparar as médias da Amostra Clínica com as da População Geral nas dimensões do SIDES-SR; (2) Comparar as médias da Amostra Clínica com as da População Geral nas dimensões do NEO-FFI; (3) Explorar a relação dos dados sociodemográficos (Sexo, Idade) na relação com as dimensões do SIDES-SR e as dimensões do NEO-FFI, na Amostra Clínica e na População Geral; (4) Perceber como as seis dimensões do SIDES-SR se relacionam com as cinco dimensões do NEO-FFI, na Amostra Clínica e na População Geral. A Amostra Clínica é constituída por 207 participantes adultos, com diagnóstico de perturbação mental, com idade igual ou superior a 18 anos ( $M = 43.62$  anos;  $DP = 11.40$  anos) e a amostra da População Geral por 338 participantes adultos, com idade igual ou superior a 18 anos ( $M = 41.07$  anos;  $DP = 13.56$  anos). Foram administrados dois questionários de autorrelato: *Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress* (SIDES-SR); Inventário dos Cinco Fatores da Personalidade (NEO-FFI). Evidenciam-se diferenças entre a Amostra clínica e a População geral na relação com o Trauma Complexo, onde os indivíduos com perturbação mental obtiveram resultados médios mais elevados. O Neuroticismo elevado assumiu-se como marcador do Trauma Complexo e as dimensões de Extroversão, Abertura à Experiência, Conscienciosidade e Amabilidade baixas, como associadas ao desenvolvimento psicológico saudável. Destaca-se o sexo feminino pelo aspeto diferenciador nas duas amostras, com níveis elevados nas dimensões associadas à psicopatologia na Amostra clínica e níveis elevados nas dimensões associadas à saúde mental na População geral. No Trauma Complexo, o Sexo tem um valor explicativo na amostra psicopatológica mas não na normativa. Em futuras investigações propõe-se a realização de um estudo longitudinal com duas amostras, caracterizadas por participantes com sintomatologia psicopatológica e da população normativa, para compreender a plasticidade do Trauma Complexo e a sua relação com o desenvolvimento da Personalidade do Ser Humano. **Palavras-Chave:** Trauma Complexo/DESNOS; Modelo dos Cinco Fatores de Personalidade; Amostra Clínica; População Geral; Psicologia Clínica.

## Abstract

This dissertation inserts itself in the field of Clinical Psychology and approaches Complex Trauma and Personality Traits, since there is no study that compares psychopathological samples with the general adult population, contributing to its empirical and conceptual research. This study has four main goals: (1) to compare the means of the Clinical Sample with those of the General Population in the SIDES-SR dimensions; (2) to compare the means of the Clinical Sample with those of the General Population in the dimensions of NEO-FFI; (3) to explore the relationship between socio-demographic data (Sex, Age) in relation to SIDES-SR dimensions and NEO-FFI dimensions, Clinical Sample and General Population; (4) to understand how the six dimensions of the SIDES-SR relate to the five dimensions of NEO-FFI, the Clinical Sample and the General Population. The Clinical Sample consists of 207 adult participants with a diagnosis of mental disorder aged 18 years old or over ( $M = 43.62$  years,  $SD = 11.40$  years) and the sample of the General Population by 338 adult participants, aged over 18 years ( $M = 41.07$  years,  $SD = 13.56$  years). Two self-report questionnaires were administered: Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress (SIDES-SR); Inventory of Five Personality Factors (NEO-FFI). The differences between the Clinical Sample and the General Population in relation to the Complex Trauma are shown, where the individuals with mental disturbance obtained higher average results. High Neuroticism has assumed itself as a marker of Complex Trauma and the dimensions of Extroversion, Openness to Experience, Conscientiousness, and low Agreeableness, are associated with healthy psychological development. The female gender is the differentiating factor in both samples, with women revealing higher levels in the dimensions associated with the psychopathology in the Clinical sample and higher levels in the dimensions associated with mental health in the general population. In Complex Trauma, Sex has an explanatory value in the psychopathological sample but not in the normative one. In future investigations, a longitudinal study with two samples is proposed, with participants with psychopathological symptomatology and normative population, to understand the plasticity of Complex Trauma and its relation with the development of human personality.

Key-words: Complex Trauma/DESNOS; Five Factor Model; Clinical sample; General Population; Clinical Psychology.

## Índice

Resumo .....	i
<i>Abstract</i> .....	ii
Índice .....	iii
Índice de Quadros .....	v
Introdução .....	1
<b>1. Enquadramento Teórico .....</b>	<b>3</b>
1.1. Trauma Complexo e DESNOS .....	3
1.2. Traços de Personalidade .....	14
1.3. Trauma Complexo e Traços de Personalidade.....	18
<b>2. Objetivos e Hipóteses .....</b>	<b>22</b>
<b>3. Método .....</b>	<b>22</b>
3.1. Participantes .....	22
3.1.1. Amostra Clínica.....	23
3.1.2. População Geral .....	24
3.2. Instrumentos.....	24
3.2.1. Questionário Sociodemográfico .....	25
3.2.2. <i>Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress</i> (SIDES-SR).....	25
3.2.3. Inventário dos Cinco Fatores de Personalidade (NEO-FFI) .....	26
3.3. Procedimento.....	27
<b>4. Resultados .....</b>	<b>28</b>
4.1. Diferenças na Amostra Clínica e População Geral no Trauma Complexo ..	28
4.2. Diferenças na Amostra Clínica e População Geral nos Traços de Personalidade .....	29
4.3. Relação entre a Idade e o Sexo com os Domínios do SIDES-SR e as Dimensões do NEO-FFI na Amostra Clínica e na População Geral.....	30

<b>4.4. Relação entre o Trauma Complexo e os Traços de Personalidade na Amostra Clínica e na População Geral.....</b>	<b>33</b>
<b>5. Discussão .....</b>	<b>34</b>
<i>Conclusão .....</i>	<i>40</i>
Referências Bibliográficas.....	43
Anexo .....	57
Consentimento Informado .....	58



## Índice de Quadros

Quadro 1. <i>Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas da Amostra Clínica</i> .....	23
Quadro 2. <i>Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas da População Geral</i> .....	24
Quadro 3. <i>Resultados da Análise de Variância (ANOVA) sobre os Efeitos da Amostra clínica e da População geral nos seis Domínios do Trauma complexo SIDES-SR )</i> .....	29
Quadro 4. <i>Resultados da Análise de Variância (ANOVA) sobre o Efeito da Amostra Clínica e da População geral nas Cinco Dimensões da Personalidade do NEO-FFI ..</i>	30
Quadro 5. <i>Coeficientes de Correlação de Pearson entre os Efeitos da Idade e o Sexo entre os Traços de Personalidade (NEO-FFI) e as Dimensões do Trauma Complexo (SIDES-SR) na Amostra clínica</i> .....	31
Quadro 6. <i>Coeficientes de Correlação de Pearson entre os Efeitos da Idade e o Sexo entre os Traços de Personalidade (NEO-FFI) e as Dimensões do Trauma Complexo (SIDES-SR) na População geral</i> .....	32
Quadro 7. <i>Coeficientes de Correlação de Pearson entre Traços de Personalidade (NEO-FFI) e os Domínios do Trauma Complexo (SIDES-SR) na Amostra clínica</i> .....	33
Quadro 8. <i>Coeficientes de Correlação de Pearson entre Traços de Personalidade (NEO-FFI) e os Domínios do Trauma Complexo (SIDES-SR) na População geral</i> .....	34

## Introdução

A presente investigação visa o estudo de dois conceitos fulcrais para a evolução do conhecimento do desenvolvimento humano, sendo esses o Trauma e a Personalidade. As primeiras investigações do Trauma e do conceito de Perturbação de Stress Pós-Traumático tiveram o seu foco nos efeitos das guerras no Ser Humano. Com a evolução, hoje em dia o estudo centrou-se nos acontecimentos de menor escala com grande impacto nos indivíduos. Estes eventos traumáticos (e.g. perdas, negligência parental, abusos físicos, abusos sexuais, violação sexual) podem ocorrer no início do ciclo de vida, como na infância e adolescência, com um carácter prolongado e repetitivo, têm o nome de Trauma Complexo. Este conceito assume-se como distinto da PSPT pela ocorrência de múltiplos traumas e pela incidência numa idade crítica do desenvolvimento do indivíduo. Surge o interesse do estudo dos Traços de Personalidade na relação com o Trauma Complexo, pela carência de investigação da relação destes construtos. Além disso, torna-se interessante compreender como estes interagem numa amostra clínica e numa amostra normativa e que diferenças surgem.

A presente dissertação insere-se no âmbito do projeto que contempla a temática da “Personalidade e Psicopatologia”, que decorre na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

O objetivo principal desta investigação pretende aprofundar o conceito de Trauma Complexo e dos domínios que o constituem, assim como a sua relação com os Traços de Personalidade que integram o Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade nas comparações entre as amostras mencionadas. Considero de extrema relevância perceber esta relação por não existirem estudos na literatura que evidenciem as associações que ocorrem nos dois domínios.

O Trauma Complexo integra uma das áreas mais controversas e críticas do desenvolvimento humano não normativo, que contempla os efeitos da vivência de situações traumáticas que provocam no indivíduo sofrimento psicológico e o desvio de um desenvolvimento a par da saúde mental. Quando se aborda a temática do trauma, o termo PSPT é o mais associado. Contudo, esta definição não se considerava suficiente para caracterizar os múltiplos e severos sintomas característicos de um trauma prolongado no tempo (Herman, 1995; Krystal & Niederman, 1968). A formulação do diagnóstico da PSPT considera apenas eventos traumáticos como situações de guerra, acidente de carro e violação sexual, não contemplando o prolongamento e repetição do trauma ao longo do

tempo, o estado de cativo da vítima, a incapacidade de fugir e o domínio do agressor (Herman, 1995).

Os Traços de Personalidade são um conceito amplamente estudado na literatura e que sofreu várias alterações desde a sua criação. O Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade é constituído por cinco dimensões, que são o Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade. A primeira dimensão, quando elevada, assume-se como um indicador de psicopatologia, amplamente defendido.

Este assume-se como uma temática importante e indispensável para a compreensão do efeito dos acontecimentos traumáticos e adversos, que incidem no início do ciclo de vida, na personalidade do indivíduo e nos traços que a compõem. Como um conceito que carece de investigação, tanto individualmente como na relação com outros construtos psicológicos, esta dissertação apresenta-se como um possível impulsionador na perceção da sua relação com os Traços da Personalidade e as diferenças evidenciadas na análise de uma Amostra clínica e da População geral.

Este estudo divide-se em seis secções. Apresentar-se-á em primeiro um enquadramento teórico, relativo à revisão empírica sobre os conceitos de Trauma Complexo e dos Traços de Personalidade, assim como a relação descrita na literatura e com a Amostra Clínica e População Geral. Na segunda secção encontra-se a formulação dos objetivos e respetivas hipóteses do estudo. Seguidamente, procede-se à descrição do método utilizado, que abrange os participantes, instrumentos e respetivo procedimento. De seguida, apresenta-se a exposição dos resultados obtidos e a sua análise encontra-se na secção cinco. Na sexta secção, são apresentadas as conclusões e limitações do estudo, assim como sugestões para estudos futuros.

## 1. Enquadramento Teórico

### 1.1. Trauma Complexo e DESNOS

Nós somos parte do nosso tempo, definidos por ele e pelas experiências que vivemos. O impacto de situações trágicas na vida de um indivíduo e os seus efeitos físicos e psicológicos nem sempre foram vistos como importantes pela ciência até ao final do século XX. O Ser Humano apresenta uma extraordinária capacidade de adaptação a eventos terríveis que consegue superar sem o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas (van der Kolk & McFarlane, 1996). A Organização Mundial de Saúde (2018) define o estado de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. Assim, a saúde mental será mais do que a ausência de perturbações mentais ou incapacidades e também um estado de bem-estar, em que o indivíduo tem consciência das suas capacidades, consegue gerir os acontecimentos stressantes da vida e é capaz de trabalhar produtivamente e de contribuir para ele próprio e para a comunidade.

Entende-se que, durante toda a história do Homem, sempre existiu exposição a eventos potencialmente traumáticos, a que muitos reagem com criatividade e flexibilidade, ao contrário de outros que se fixam no trauma e vivem as experiências como traumatizantes (van der Kolk & McFarlane, 1996). De acordo com van der Kolk (2015), o desenvolvimento do trauma surge quando o trauma se liga ao afeto. No modelo psicodinâmico, a psicopatologia assenta na base de que *“as perturbações mentais são o resultado de conflitos psicológicos internos que se originam nas experiências infantis”* (Gleitman, Fridlund, & Reisberg, 2011), o que se interliga com a ideia de que o trauma que ocorre na infância terá consequências mais severas, como será explicado no decorrer desta revisão.

Segundo Viola et al. (2011), a conceção de evento traumático entende-se como um stressor intenso que não se insere nas experiências previstas para a vida de um indivíduo, tal como guerra, tortura, violação sexual, outros eventos específicos, como o *Holocausto* ou as *bombas atómicas de Hiroshima e Nagasaki*, desastres naturais, acidentes de avião ou carro. Todos estes eventos seriam bastante mais stressantes do que as adversidades ditas normais, como o divórcio ou uma doença grave. A autora acrescenta ainda o pressuposto de que a maioria dos indivíduos está capacitado para gerir o *stress* comum, mas esta capacidade adaptativa é insuficiente para eventos inesperados e com uma carga de stress muito intensa (Viola et al., 2011), que origina a vivência do trauma. A adaptação a longo-prazo da vítima ao trauma varia consoante o nível de

desenvolvimento na altura do trauma, predisposições do temperamento, género e contexto cultural (Herman, 1992; van der Kolk, 1996).

As estimativas indicam que cerca de 60% a 90% dos indivíduos da população geral serão expostos a eventos potencialmente traumáticos durante a vida (Schnurr & Green, 2004) e que, aproximadamente, 8% a 9% desses indivíduos irão desenvolver Perturbação de *Stress* Pós-traumático (PSPT) (Breslau et al., 1998), sendo que Yehuda (2002) afirma que PSPT é a psicopatologia mais comumente relacionada com situações de violência, com maior incidência na população infanto-juvenil, a qual se encontra mais exposta (Ehlers & Clark, 2003).

Estas adversidades têm a sua prevalência na infância, como é referido pela *Adverse Childhood Experiences* (Foege, 1998), dado que um conjunto destes eventos ocorre em aproximadamente 11% a 23% dos indivíduos durante a infância e estão significativamente relacionados com depressão, suicídio, violência, comportamento de *acting out* de cariz sexual e outros comportamentos autodestrutivos (Felitti et al., 1998). Especificamente, estes eventos traumáticos e crónicos impedem a capacidade de um indivíduo para integrar a informação sensorial, emocional e cognitiva, o que irá resultar numa resposta desadequada ao *stress*. Segundo os autores, existem evidências de que a exposição a situações traumáticas na infância e adolescência (e.g., abuso físico, sexual, emocional e negligência) está relacionada positivamente com a depressão, agressão, hostilidade, raiva, medo, perturbações de ansiedade (Springer, Sheridan, Kuo, & Carnes, 2003) e de personalidade na idade adulta (Rebeschini, 2017). Em 80% dos casos de maus tratos infantis, são os pais os agressores (van der Kolk et al., 2005). Mais especificamente, em Portugal, de acordo com o Relatório Anual de 2017 da APAV, encontramos 175 relatos de crimes de abuso sexual a crianças.

Para um entendimento aprofundado sobre o conceito de trauma complexo, ou PSPT complexo, é necessário compreender as origens do conceito que incitou a criação de um constructo mais completo a nível dos sintomas e da sua complexidade, sendo esse PSPT. A conceção de diagnóstico da Perturbação de *Stress* Pós-Traumático, introduzida pela primeira vez em meados de 1970 no Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais 3ª edição descreve as consequências sérias e duradouras da exposição a eventos como guerra, desastres, abuso sexual e psicológico e acidentes graves (Resick et al., 2012; Schnurr & Green, 2004). O PSPT difere de outras perturbações psiquiátricas pela existência de um estímulo etiológico explícito, sendo esse um evento traumático (Schnurr & Green, 2004). Estes eventos traumáticos foram inicialmente

descritos como “*algo fora da experiência normal de um ser humano*” (APA, 1980, p. 236). Segundo Kessler et al. (1995), os indivíduos diagnosticados com PSPT tinham oito vezes mais probabilidade de ter três ou mais perturbações adicionais do que aqueles que não tiveram o diagnóstico de PSPT.

Contudo, esta definição não se considerava suficiente para caracterizar os múltiplos e severos sintomas característicos de um trauma prolongado no tempo (Herman, 1995; Krystal & Niederland, 1968). A formulação do diagnóstico da PSPT considera apenas eventos traumáticos como situações de guerra, acidente de carro e violação sexual, não contemplando o prolongamento e repetição do trauma ao longo do tempo, o estado de cativo da vítima, a incapacidade de fugir e o domínio do agressor (Herman, 1995). Alguns exemplos das condições descritas são cativos, campos de concentração, cultos religiosos e instituições de exploração sexual ou laboral (Herman, 1995).

Herman (1995) evidencia a necessidade de criar uma formulação do trauma complexo que expanda a conceção do PSPT a uma maior complexidade. Vários autores sugerem que o conceito de *stress* pós-traumático é muito heterogéneo (Kolb, 1989), que não se mostra suficiente para englobar a multiplicidade e severidade das manifestações clínicas (Krystal & Niederland, 1968) e que se torna necessário expandi-lo de modo a considerar as observações dos efeitos severos, prolongados e/ou dos intensos traumas físico e psicológico (Herman, 1995). Herman (1992) transmite-nos a ideia de que existem três áreas amplas de alterações perturbadas que ultrapassam o simples PSPT, sendo essas sintomáticas, sendo que os sintomas dos sobreviventes às vivências traumáticas são mais complexos, difusos e persistentes do que o anterior; características, existindo uma alteração nas características da personalidade em indivíduos que sofreram este tipo de trauma, que incluem deformações da identidade e, por último, relacionais, havendo uma vulnerabilidade à repetição dos danos causados, sejam estes infligidos pelo próprio ou por outros (Herman, 1992).

Surge então a proposta do diagnóstico de Perturbação Pós-*Stress* Traumático Complexo (*Complex Posttraumatic Stress Disorder*), relacionado com o constructo - Perturbações de *Stress* Extremo Sem Outra Especificação (*Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified – DESNOS*), que evidencia a existência de um trauma crónico e severo (Herman, 1992; Taycan & Yildirim, 2015; Viola et al., 2010). A DESNOS não está incluída como categoria diagnóstica no *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders* (APA, 1994), sendo que os componentes da DESNOS estão apenas incluídos

como *características associadas* da PSPT, e não como elementos centrais do PSPT ou como um diagnóstico separado (van der Kolk et al., 2005).

Herman (1992) foi a pioneira do termo *trauma complexo*, que se define como o efeito da exposição repetitiva a eventos *stressores* potencialmente traumáticos de natureza interpessoal, como abusos físicos, psicológicos e sexuais, negligência ou abandono parental ou dos cuidadores, tráfico sexual ou humano, tortura. Estes serão múltiplos ou prolongados durante um período de tempo, envolvendo uma consequência direta e com incidência numa fase precoce e vulnerável do desenvolvimento do indivíduo, como a infância ou adolescência (Briere & Scott, 2015; Briere & Spinazzola, 2005; Conway, Oster, & Szymanski, 2011; Cook et al., 2017; Courtois & Ford, 2009; Courtois & Ford, 2013; Luxenberg, Spinazzola, & van der Kolk, 2001). van der Kolk (2005) define o trauma complexo ou PSPT complexo como a experiência de múltiplos, crônicos e prolongados eventos traumáticos e adversos, de natureza interpessoal, como abuso sexual ou psicológico, violência, com início na infância. A nível histórico da nomenclatura dada ao trauma complexo, Horowitz (1986) sugestiona o conceito de “*perturbação de carácter pós-traumático*”, Brown e Fromm (1986) sugerem o termo “*PTSD complexo*”.

Herman (1992) indica que os sintomas destes pacientes revelam patologias em vários domínios, como somático, cognitivo, afetivo, comportamental e relacional e, Courtois e Ford (2009) admitem que existe um efeito tão devastador por ocorrer num momento crítico do desenvolvimento na infância, nomeadamente, na formação da autodefinição e autorregulação (Courtois & Ford, 2009).

Vários autores (Ford & Courtois, 2009; van der Kolk et al., 1997) identificam as principais características do modelo do trauma complexo, nomeadamente, a exposição a eventos stressores severos, que serão 1) repetitivos e/ou prolongados no tempo; 2) envolvem danos ou negligência por parte dos cuidadores ou outros adultos responsáveis; e 3) ocorrem em momentos vulneráveis e críticos do desenvolvimento da vítima, como a infância ou adolescência, quando períodos críticos no desenvolvimento cerebral estão a ocorrer rapidamente ou a consolidar-se. Para este diagnóstico é necessário que existam alterações em seis áreas de funcionamento, nomeadamente na regulação afetiva e dos impulsos, atenção ou conscienciosidade, auto-perceção, relações com os outros, somatização e sistemas de significados (Luxenberg et al., 2001).

Gelinas (1983; cit. por Herman, 1992) descreve um sobrevivente de abuso sexual infantil como um paciente com uma depressão crónica complicada por sintomas dissociativos, abuso de substâncias, impulsividade, automutilação e tendência suicida. Na

mesma linha, Goodwin (1988) acrescenta, como consequências do abuso prolongado na infância, a fuga e outros estados dissociativos, fragmentação do ego, perturbações de ansiedade e afetivas, revitimização, revivência e somatização. Segundo Schnurr e Green (2004) existe um reconhecimento consistente de que eventos extremos podem induzir sintomas emocionais e físicos profundos em indivíduos previamente saudáveis. Com a pesquisa e desenvolvimento sobre o tema, houve um impacto significativo nos modelos clínicos e empíricos ligados ao sofrimento e perturbação pós-traumática, que reforça a noção de sintomas multidimensionais decorrentes dos múltiplos eventos traumáticos (Briere & Scott, 2015).

A concepção do conceito de PSPT não contempla depressão e baixa autoestima, dissociação e despersonalização, comportamento agressivo com o próprio e os outros, problemas com intimidade e dificuldade em experienciar prazer, satisfação e diversão, sendo que estes se classificam como condições comórbidas (van der Kolk, 2002). A DESNOS mede os sintomas que o PSPT não mede, mas o CPSPT envolve os sintomas do PSPT e acrescenta o afeto, concepção do *self* negativa e perturbações relacionais (Luxenberg et al., 2001). A diferença crucial entre o trauma complexo e PSPT centra-se na ideia de que, no primeiro, há experiências prolongadas e repetitivas durante um longo período de tempo de natureza interpessoal, normalmente numa idade precoce, enquanto no PTSD há a ocorrência de uma única situação que é vivida pelo indivíduo como traumática (Herman, 1992). Apesar da DESNOS e o CPTSD serem usados alternadamente, não se podem considerar sinónimos, dado que a DESNOS representa sintomas que não estão incluídos nos critérios do PTSD, enquanto que o constructo da DESNOS geralmente inclui os sintomas descritos pelo PTSD e características associadas (Resick et al., 2012).

Ao contrário da Perturbação de Stress Pós-Traumática (PSPT), o trauma complexo gera reações complexas (Courtois, 2008). Vários estudos sugerem que diversos sintomas psiquiátricos ocorrem particularmente em pacientes que foram expostos a múltiplos traumas numa idade precoce (Cloitre et al., 2009; Courtois, 2008; Herman, 1992; Roth, Newman, & Pelcovitz, 1997) e pode envolver alguma combinação de disfunção relacional, desregulação de afetos, perturbações de identidade e comportamento disfuncional (Briere & Scott, 2015). Há evidências de que o trauma prolongado e repetitivo assume vários diagnósticos psiquiátricos, a chamada comorbilidade, para além do PSPT, como por exemplo, ansiedade de separação, a perturbação de oposição e desafio, fobia social, perturbação de défice de atenção e



hiperatividade (Viola et al., 2010). O trauma complexo também engloba situações de doenças crônicas que requerem intervenções médicas intensivas ou um único evento traumático que se considera bastante adverso (Courtois, 2008).

Briere e Spinazzola (2009) afirmam este tipo de sintomatologia pode envolver diferentes níveis de complexidade de acordo com a natureza, número, e o *timing* dos traumas específicos que um determinado indivíduo experienciou, assim como a presença de fenômenos biológicos, sociais e psicológicos relevantes. A exposição a eventos traumáticos múltiplos está frequentemente associada à redução da capacidade de regulação dos afetos, à ansiedade pré-mórbida ou comórbida, à perturbação depressiva ou de personalidade, à impulsividade, à dissociação, ao abuso de drogas e álcool, que além de serem resultados complexos pós-traumáticos, podem ainda intensificar ou mediar os efeitos da reexposição ao trauma. Estes sintomas pós-trauma podem resultar em respostas de *coping* desadaptativas, tais como tendências suicidas relacionadas com o stress prolongado, e comportamentos evitantes como dissociação e abuso de substâncias (Briere & Scott, 2015). Briere (1988; cit. por Herman, 1992) demonstra que os pacientes vítimas de abuso sexual apresentam sintomas como insônia, disfunção sexual, dissociação, agressividade, tendências suicidas, automutilação, adição a drogas e alcoolismo e van der Kolk (2005) acrescenta a presença de manifestações sintomáticas como amnesia, hipermnesia, dissociação, despersonalização, *flashbacks* e pesadelos sobre eventos específicos, problemas escolares, dificuldades de atenção, desorientação no espaço e tempo e perturbações do desenvolvimento sensório-motor. Hilberman (1980; cit. por Herman, 1992) acrescenta que estes indivíduos são hipervigilantes, ansiosos e agitados sem nenhum estado *baseline* razoável de calma ou conforto. A exposição a traumas psicológicos complexos na infância (Bellis, 2001; van der Kolk, 2005) e na vida adulta (Jong et al., 2005) é seguida por alterações neurobiológicas e psicossociais, como capacidades autoregulatórias fundamentais (van der Kolk, 2005) e crenças centrais sobre o *self* e o mundo (Jong et al., 2005). A nível da psicopatologia, a depressão prolongada é a consequência maioritariamente encontrada nos estudos clínicos sobre indivíduos cronicamente traumatizados (Goldstein et al., 1987; Herman, 1992).

Existem alguns fatores que vão influenciar a complexidade e gravidade do trauma, tendo efeitos na sintomatologia apresentada, tais como hiper-reatividade pré-existente no sistema nervoso (Briere & Spinazzola, 2009; Yehuda, 1997), presença de perturbações ansiosas, depressivas, ou perturbações ao nível da personalidade (Breslau, Davis & Andreski, 1991), suporte social inadequado (Stekeete & Foa, 1987), estigmatização

associada a certos traumas (Lebowitz & Roth, 1994), marginalização social e opressão (Briere & Scott, 2006), uso excessivo de drogas ou álcool (Acierno, Resnick, & Kilpatrick, 1999), um estilo de resposta geralmente evitante (Burt & Katz, 1987) e, no início de vida, uma relação insegura de afeto entre pais e filho (Pearlman & Courtois, 2005), que irão exacerbar os sintomas. Noutra linha, Felitti et al. (1998) afirma que o trauma pode revelar-se em indivíduos que não experienciaram o trauma diretamente, como familiares de vítimas.

Jong et al. (2005) examinaram, num estudo sobre sobreviventes civis de guerra na Argélia, Etiópia e Gaza, um *cluster* de sintomas que corresponde à entidade nosológica denominada DESNOS. Cloitre et al. (2009) afirma que o trauma complexo é tão prevalente em refugiados como em sobreviventes de traumas de infância: um estudo sobre refugiados sobreviventes de tortura, perseguição política, zonas de guerra ou campos de concentração, mostra efeitos igualmente severos como os do trauma cumulativo de adultos e crianças. Briere e Scott (2015) afirmam que um indivíduo que foi vítima de situações traumáticas prolongadas (e.g., como negligência parental ou maus tratos) poderá responder mais negativamente a uma situação traumática na idade adulta e os efeitos serão mais marcados do que se estivesse perante um acontecimento único de *stress*.

Além dos sintomas regulares de PSPT, que incluem hipervigilância, dissociação, pesadelos e *flashbacks*, o indivíduo com trauma complexo também experiencia problemas em vários campos como regulação emocional, consciência, autoperceção, percepções erróneas do perpetrador, interrupções nas relações interpessoais e nos sistemas de significado (Briere & Scott, 2015). Embora o trauma complexo seja frequentemente associado a abusos sexuais ou físicos de longo prazo, vários estudos confirmam que as violências verbal e psicológica podem causar tantas consequências ao nível da formação e desenvolvimento cerebral de uma criança como o abuso físico (Copeland et al., 2013; Teicher et al., 2006).

Como possível medida deste conceito foi criado o constructo DESNOS. Os critérios de diagnóstico de trauma complexo ou DESNOS centram-se na existência de alterações nas seis dimensões da DESNOS, referidas adiante. O conceito de DESNOS identifica-se como uma constelação, um agrupamento de sintomas delineados na DSM-IV associado ao PSPT, mas não se pode considerar um diagnóstico (Luxenberg, Spinazzola, & van der Kolk, 2001). De modo a perceber as diferentes adaptações dos indivíduos ao trauma complexo e para que se possa diagnosticá-lo, têm de existir

alterações em seis áreas de funcionamento, nomeadamente: na regulação dos afetos e impulsos; na atenção ou consciência; na autopercepção; nas relações com outros; na somatização; e nos sistemas de significado (Luxenberg et al., 2001; Pelcovitz et al., 1997; van der Kolk et al., 2005). Apesar do DSM não identificar nem incluir a DESNOS como um diagnóstico, este é formulado a partir da existência de alterações nestas seis áreas de funcionamento principais.

De acordo com o primeiro critério *Alterações na Regulação do Afeto e dos Impulsos*, este inclui as seguintes subescalas: a) Regulação Afetiva; b) Gestão da Raiva; c) Autodestrutividade; d) Preocupação Suicida; e) Dificuldade em Gerir o Envolvimento Sexual; e f) Envolvimento em Situações de Risco.

Existe uma dificuldade em gerir as experiências emocionais nos indivíduos que atendem aos critérios de diagnóstico do DESNOS. Assim, há autores que sugerem que a desregulação emocional é o elemento central para o desenvolvimento do trauma psicológico (van der Kolk, 1996; Luxenberg et al., 2001). Há uma tendência para que estes sujeitos reajam de uma maneira exagerada a pequenas situações de *stress*, que se sintam facilmente sobrecarregados, com reações exacerbadas a estímulos neutros, com dificuldades em retornar a um estado neutro. Recorrem a métodos autodestrutivos e extremos, como por exemplo a automutilação, o consumo de substâncias psicoativas, a atividade sexual compulsiva ou perturbações alimentares, de modo a gerir as emoções (Felitti et al., 1998). Há uma grande dificuldade na gestão e na expressão da raiva nestes indivíduos, sendo qualquer ameaça percebida como demasiado hostil (Ford, 1999). Alguns autores sugerem que há evidências de que indivíduos traumatizados reagem de forma desapropriada, com recurso ao “modo de sobrevivência”, sem que esse mecanismo seja necessário, pela inexistência de perigo, sendo a intensa agressividade sentida como intrusiva (Chemtob, Hamada, & Roitblat, 1994; Chemtob, Novaco, & Hamada, 1997). Segundo Luxenberg et al. (2001), esta desregulação emocional deve ser o foco principal do tratamento pela própria possibilidade de interferência no mesmo.

As *Alterações na Atenção ou Consciência* inserem-se no segundo critério para o diagnóstico deste constructo e dividem-se em duas subescalas: a) Amnésia e b) Episódios Dissociativos Transitórios e Despersonalização.

Luxenberg et al. (2001) afirmam que há uma desintegração da informação e incapacidade de conciliar esta experiência com a sua noção do *eu* e da realidade, impossibilitando o acesso a certas informações sobre emoções dolorosas ou recordações do trauma. Os fenómenos amnésicos ocorrem em várias partes importantes da vida do

sujeito traumatizado, em situações únicas (e.g. terminar a faculdade) ou acontecimentos de meses ou anos (e.g. não existir memórias sobre a altura em que o próprio viveu numa determinada cidade) (Luxenberg et al., 2001). Outros exemplos comuns são as falhas de memória do que ocorreu nas sessões terapêuticas ou de *coping skills*.

A nível dos fenómenos dissociativos, que se caracterizam pela incapacidade de os indivíduos traumatizados apresentarem a integração da informação referente às experiências traumáticas na forma como se percebem e ao mundo (Luxenberg et al., 2001). A dissociação no trauma implica uma divisão da personalidade de um indivíduo, ou seja, do seu sistema biopsicossocial dinâmico como um todo, que determina as ações mentais e comportamentais características do próprio (Nijenhuis & van der Hart, 2011). A dissociação está amplamente relacionada na literatura com indivíduos que em idade precoce sofreram múltiplos traumas, como abusos sexuais, abusos físicos ou negligência materna (Harter, Alexander, & Neimeyer, 1988). Os autores dividem a dissociação em três níveis: dissociações primária, secundária e terciária. A primeira refere-se ao fenómeno em que os elementos sensoriais associados ao trauma, que permanecem afastados da consciência por não ser possível integrá-los na memória e identidade do indivíduo, emergem sob forma de recordações, pesadelos ou *flashbacks* (van der Kolk, van der Hart, & Marmar, 1996). Segundo Redondo (2017), a dissociação primária limita a cognição do indivíduo relativamente à realidade das experiências traumáticas vividas por si, permitindo a este funcionar como se não tivesse experienciado o trauma. A dissociação secundária assume um papel de clivagem do contacto do indivíduo com os sentimentos e emoções relacionados com o trauma (Redondo, 2017). Alguns exemplos relatados são as experiências de abandonar o próprio corpo no momento do trauma, como se observassem à distância o acontecimento, evitando assim o verdadeiro impacto da experiência traumática e o contacto com os sentimentos e emoções associados (van der Kolk et al., 1996). Relativamente à dissociação terciária, desenvolvem-se estados de consciência complexos e com padrões comportamentais, cognitivos e afetivos distintos criados pelo indivíduo, que contêm a experiência traumática. Estes estados - diferem-se entre os que contêm a dor, o medo ou raiva sobre determinado acontecimento traumático e entre os que não têm consciência desse e do sentimento associado (e.g. amnésia dissociativa, fuga dissociativa, perturbação dissociativa da identidade e perturbação de despersonalização) (Redondo, 2017).

Nas *Alterações na Autoperceção*, terceiro critério do diagnóstico, inserem-se as seguintes subescalas: a) Ineficácia; b) Dano Permanente; c) Culpa e Responsabilidade; d)

Vergonha; e) Sentimento de Incompreensão, e f) Minimização. As alterações na autopercepção do indivíduo ocorrem pelo desenvolvimento de visões negativas sobre si como danificado, desamparado ou indesejado por outros (Luxenberg et al., 2001). Como tal, o este crê que é culpado dos maus-tratos que sofreu, como se o agressor tivesse percebido uma falha de carácter na vítima e atuasse sobre ela, tendo, por um lado, problemas em assumir a responsabilidade das ações e, por outro, uma tendência a sentir que ninguém compreende o seu trauma ou a minimizá-lo drasticamente como se não tivesse tido nenhum impacto em si (Luxenberg et al., 2001).

Relativamente ao critério *Alterações na Relação com os Outros*, este divide-se nas seguintes subescalas: a) Incapacidade em Confiar; b) Revitimização, e c) Vitimização de Outros. Muitas vezes, estes indivíduos, com a infância marcada por maus tratos, tendem a ter dificuldade em confiar nos outros, a revitimizar-se a e vitimizar os outros e a ter, como modelo de interação e de relação, relações interpessoais conflituosas (Luxenberg et al., 2001). A violência sexual na infância, em particular nas mulheres, está amplamente relacionada com a vivência de experiências negativas na idade adulta (e.g. violência doméstica, violação sexual e baixa auto-estima), ao contrário do que acontece com mulheres não traumatizadas a nível sexual (Fleming, Mullen, & Sibthorpe, 1999). Num estudo (Bryer, Nelson, & Millerm, 1987) percebeu-se que as perturbações de personalidade *borderline* e evitante têm uma maior incidência em mulheres vítimas de abuso físico e sexual na infância. Referente ao sexo masculino, observa-se no estudo de Lisak, Hopper, e Song (1996) que cerca de 70% dos homens inquiridos, anteriores vítimas de agressões na infância, tornaram-se agressores, enfatizando a ideia de que existe um ciclo de violência nestes indivíduos e de que existe perpetuação da violência. De modo geral, indivíduos traumatizados na infância tendem a apresentar dificuldades em sinalizar os seus próprios sentimentos, como inquietação, raiva ou dor, e em reconhecer comportamentos inapropriados dos outros, sendo que continuam a contactar com estes (Briere & Scott, 2015; Briere & Spinazzola, 2009; Luxenberg et al., 2001).

O critério *Somatização* apresenta as subescalas a) Sistema Digestivo, b) Dor Crónica; c) Sintomas Cardiopulmonares; d) Sintomas de Conversão, e e) Sintomas Sexuais. Este refere-se às inúmeras queixas físicas relatadas por indivíduos traumatizados, sem que exista explicação médica aparente, evidenciando os sintomas corporais como efeitos do trauma complexo (Herman, 1992; Luxenberg et al., 2001; van der Kolk, 1996). Estas queixas incluem a síndrome do intestino irritável, dor pélvica crónica, enxaquecas, acidez no estômago, perturbações do foro ginecológico e, muitas

vezes, o tratamento medicamentoso não suprime as dores (Luxenberg et al., 2001). Um estudo de van der Kolk (1996) conclui que indivíduos traumatizados, impossibilitados biologicamente de associar o seu estado interno à experiência traumática, sofrem estes sintomas psicossomáticos como uma forma de expressão.

O último critério, *Alterações nos Sistemas de Significado*, envolve as subescalas a) Desespero e Desesperança, e b) Perda de Crenças Base. Este representa uma intensa incapacidade em formular opiniões, tomar decisões que sejam benéficas para si ou elaborar mudanças significativas na própria vida (Luxenberg et al., 2001). Luxenberg et al. (2001) transmite-nos a ideia de que estes indivíduos olham a vida de uma forma cinzenta e negativa, com sentimentos de elevada desesperança e falta de confiança nesta. Existe esta perda de crenças que os faz viver numa constante dúvida do sentido da vida (Herman, 1998) e uma tendência para questionar o sistema religioso pelo qual se regeram durante toda a sua vida, como se as forças espirituais fossem insensíveis ao sofrimento humano (Luxenberg et al., 2001).

A comparação de estudos de adultos que sofreram trauma principalmente na idade adulta (van der Kolk et al., 1996), com os dos adultos com histórias de maus-tratos infantis revelaram taxas mais elevadas de DESNOS no grupo que sofreu na infância (Ford, 1999; Roth et al., 1997). Há consequências pós-traumáticas de guerra compatíveis com a DESNOS (Jong et al., 2005; Morina & Ford, 2008), mas os critérios completos definidos pela DESNOS não parece ser um constructo clínico categorial viável neste caso específico. Um estudo de Morina e Ford (2008) vai ao encontro de um de Ford (1999), que demonstrou que os traumas de guerra estão associados à DESNOS – particularmente em violência extrema, onde existe evidência suficiente para hipotetizar que civis e militares podem desenvolver DESNOS e PSPT pela exposição a *stress* traumático na guerra. Weine et al. (1998) apresentaram um estudo de refugiados bósnios, em que os 24 sobreviventes que participaram apresentavam sintomas consistentes com a *DESNOS* mas nenhum preenchia todos os critérios para este constructo. Os autores concluíram que a DESNOS pode ser mais aplicável a sobreviventes de traumas interpessoais na infância do que a sobreviventes de traumas envolvendo violência em massa como o genocídio.

De acordo com de Jong et al. (2005), há uma dificuldade em confirmar o modelo conceptual e os constructos originalmente definidos pela DESNOS. Os autores recomendam a criação de um método que seja *interdisciplinar para melhorar a validade de construção transcultural* (Jong et al., 2005).

## 1.2. Traços de Personalidade

A personalidade define-se como a *“configuração de características e comportamentos que inclui o ajustamento único de um indivíduo à vida, incluindo traços, interesses, impulsos, valores, auto-conceito, capacidades e padrões emocionais importantes”* (APA, 2010, p. 701). A esta conceção está inerente *“uma integração ou totalidade complexa e dinâmica, moldada por muitas forças como a hereditariedade, tendências constitucionais, maturidade física, treinamento precoce, identificação com indivíduos e grupos significativos, valores e papéis culturalmente condicionados e experiência e relacionamentos críticos”* (p. 701).

A personalidade foi definida por Allport como *“a organização dinâmica, no indivíduo, dos sistemas psicofísicos que determinam seu comportamento e seus pensamentos característicos”* (1961, p. 50). Cloninger (1999) assume a personalidade como um conjunto dos aspetos internos e externos, próprios de cada pessoa, relativamente permanentes e que influenciam o comportamento em várias situações. Na mesma linha, Schultz & Schultz (2016) definem este conceito como os aspetos únicos internos e externos, relativamente imutáveis, do carácter de um indivíduo que influenciam o seu comportamento em diversas situações. A característica de unicidade deste conceito permite distinguirmo-nos uns dos outros (Schultz & Schultz, 2016).

Dada a complexidade do conceito de personalidade, este tem sido modificado ao longo dos anos, bem como os seus componentes (Hansenne, 2004), para que se encontre uma consistência teórica universal. Apesar das diversas teorias explicativas do desenvolvimento da personalidade, todas estas assumem que a personalidade tem um papel fundamental na predição do comportamento humano (APA, 2010). Esta predição do comportamento é contemplada no conceito de Traços de Personalidade, introduzido por Allport (1937), em que este afirma que o conhecimento dos traços da personalidade de um sujeito permite-nos predizer o seu comportamento em determinada situação mesmo que não tenha sido observado em nenhuma situação idêntica. Para Allport (1937, p. 295) o traço é *“um sistema neuropsíquico geral e dirigido para um ponto determinado (peculiar ao indivíduo), com a capacidade de tornar funcionalmente equivalentes muitos estímulos, e para iniciar e conduzir formas consistentes de comportamento adaptativo e expressivo”*. Hansenne (2004) entende os traços de personalidade como predisposições com igual resposta a estímulos diferentes, o que prediz a estabilidade comportamental ao longo do tempo e exerce uma influência marcada na forma como nos percebemos a nós e ao mundo. Segundo McCrae e Costa (2000) os traços de personalidade assumem-

se como padrões de pensamentos e comportamentos, com características internas tendencialmente estáveis e consistentes ao longo da vida (APA, 2010; Lima & Simões, 2000; McCrae & John, 1992).

Lima e Simões (2000) assumem o Modelo dos Cinco Fatores como uma organização abrangente da estrutura dos traços da personalidade. O modelo dos cinco fatores, ou *Five Factor Model* (FFM), operacionalizado por McCrae e Costa (1987), dispõe a personalidade como uma representação dimensional das diferenças interpessoais ao nível da própria personalidade “*cuja validade, compreensividade, universalidade, hereditabilidade e estabilidade longitudinal tem sido recorrentemente sublinhada pela investigação empírica*” (McAdams & Pals, 2006).

McCrae e Costa (1995) visa considerar a estrutura da personalidade como o padrão de covariação dos traços numa população. McCrae e Costa (1996) admitem a ideia de que todos os adultos poderiam ser caracterizados diferencialmente num conjunto de traços de personalidade que exerciam influência sobre os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos. A ideia central deste modelo é aglomerar as tendências comportamentais, emocionais e cognitivas dos indivíduos em cinco grandes categorias: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A) e Conscienciosidade (C) (Pedroso-Lima et al., 2014). Estas dimensões, segundo Lima e Simões (2000) constituem a formação normal da personalidade da totalidade dos indivíduos. Estes traços teriam o seu desenvolvimento a partir da infância, onde atingiriam a maturidade na idade adulta e tornando-se estáveis, sensivelmente por volta dos 30 anos, apresentando um índice considerável de hereditabilidade (Lima & Simões, 2000). Os cinco grandes fatores da personalidade constituem os níveis mais elevados da organização hierárquica (Lima & Simões, 2000).

Após a elaboração do modelo dos cinco fatores, McCrae (2011) descreve-o como *o ponto de viragem da história da psicologia da personalidade* e a grande vantagem da sua criação foi maioritariamente a aplicabilidade universal, contextual e cultural, dado que estas dimensões têm sido replicadas em auto e heteroavaliações, em diversas culturas e idiomas e com amostras clínicas ou normativas (McCrae & Terracciano, 2005).

Costa e McCrae (1992) caracterizaram as dimensões do *Big Five Model*, sendo que, na Extroversão, há evidências de os indivíduos que possuem resultados mais elevados nesta dimensão têm maior tolerância a estímulos intensos, até a dor, e tendem a apresentar maiores dificuldades na realização de tarefas que requerem mais atenção e concentração do que o normal (Cloninger, 2013). Pelo contrário, os mais introvertidos



preferem ambientes mais calmos e pouco estimulantes, são mais sensíveis aos estímulos sensoriais do que as pessoas extrovertidas e tendem a executar melhor tarefas que requerem mais atenção e concentração (Cloninger, 2013). Indivíduos extrovertidos tendencialmente sentem emoções positivas e concordam com afirmações como “*eu acho que sou alguém extrovertido, sociável*”, enquanto que as pessoas introvertidas tendem a discordar dessas afirmações (Gleitman et al., 2003). O Neuroticismo apresenta-se como uma dimensão possivelmente herdada, com fortes bases genéticas explicadas por uma maior ativação cerebral nas áreas responsáveis pelo sistema nervoso autónomo (Schultz & Schultz, 2016), no lobo temporal e no sistema límbico. Representa a predisposição para vivenciar sofrimento psíquico, manifestado por ansiedade, raiva ou afetos negativos, para se sentir sob *stress*, para encarar o mundo e a si próprio como negativo, sendo um traço em que os indivíduos têm maior propensão para sentir emoções negativas ou, no noutro pólo, ter maior estabilidade emocional (Bagby et al., 2008). Ou seja, os indivíduos que possuem um neuroticismo mais elevado tendem a ser mais emotivos, tensos e irracionais e com uma maior reatividade em situações pouco ansiogénicas, em contradição com os que possuem níveis mais baixos que tendem a ser mais estáveis emocionalmente (Cloninger, 2013). Esta dimensão é avaliada por afirmações como “*eu vejo-me como alguém deprimido, triste*”. A Amabilidade refere-se à confiança, altruísmo e simpatia: “*eu vejo-me como alguém que é geralmente confiante*” (Bagby et al., 2008; Gleitman, Fridlund, & Resiberg, 2003). Este traço refere-se à qualidade das relações interpessoais presentes no momento da interação interpessoal e indica a possibilidade de um indivíduo construir relações agradáveis, harmoniosas e amigáveis, que revela a diferenciação e a singularidade do indivíduo em contacto com as outras pessoas. A Conscienciosidade representa um esforço disciplinado e uma adesão rigorosa aos princípios e relaciona-se com uma ideia organizada, eficiente e disciplinada da vida: “*eu vejo-me como alguém que realiza tarefas de forma eficiente*” (Bagby et al., 2008; Gleitman et al., 2003;). Por último, a Abertura à Experiência refere-se à sensibilidade estética, curiosidade intelectual, necessidade de atitudes variadas e não dogmáticas (Bagby et al., 2008). Sujeitos com maiores resultados nesta dimensão tendem a concordar com afirmações como “*Eu vejo-me como alguém que é curioso sobre diversas coisas*” (Gleitman et al., 2003).

O Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade (Costa & McCrae, 1992) consiste numa representação dimensional da estrutura da personalidade com uma crescente aceitação na psicologia da personalidade. Assume-se como um modelo útil para integrar e sistematizar as diversas concepções da personalidade (McCrae & Costa, 2008), pela sua

validade, estabilidade temporal, invariância transcultural e utilidade preditiva (Costa & McCrae, 1994).

Esta teoria tem um teor descritivo, de forma a caracterizar os indivíduos pela referência a alguns traços básicos subjacentes, enfatizando que cada pessoa tem uma *personalidade característica* englobada numa categoria (Gleitman et al., 2011). O conjunto dos traços de personalidade aparentam ser predisposições determinadas substancialmente por influências genéticas que encontram a sua expressão numa determinada cultura (Costa et al., 1998), considerando-se relativamente independentes de influências ambientais (McCrae & Costa, 1996).

Vários estudos (Bergeman et al., 1993; Schultz & Schultz, 2016) referem a forte componente de hereditariedade nas dimensões de Neuroticismo (Martin et al., 1986; Tellegen et al., 1988), Extroversão, Abertura à Experiência e Conscienciosidade, enquanto que a Amabilidade tem uma componente ambiental associada. Schultz e Schultz (2016) sugerem que níveis elevados na Extroversão e níveis baixos no Neuroticismo tendem a ser indicadores genéticos de estabilidade emocional. A Amabilidade e a Conscienciosidade tipicamente tendem a aumentar ao longo do tempo enquanto a Extroversão, Neuroticismo e a Abertura à Experiência a diminuir (Pedroso-Lima et al., 2014). Num estudo com uma amostra de sujeitos de 37 países, as mulheres obtiveram níveis mais elevados do que os homens a nível da dimensão de Neuroticismo, Extroversão, e Abertura à Experiência (Katz & McGuffin, 1987). Segundo os autores, existe uma relação positiva entre o sexo feminino e ter altos níveis de neuroticismo (Digman, 1990; Goldberg, 1992). Um nível de Neuroticismo mais elevado nas mulheres do que nos homens pode ajudar a explicar o aumento da prevalência de depressão entre as mulheres (Goodwin & Gotlib, 2004). Bienvenu et al. (2001) explica que as mulheres podem ser mais neuróticas por terem sido tratadas de forma diferente na escola, dado que há evidências que indicam que os rapazes recebem mais atenção, maior expectativas e notas melhores do que as raparigas, o que irá desenvolver mais este traço nos membros do sexo feminino. O Neuroticismo aumenta durante a idade adulta entre as mulheres, ao contrário dos homens (Soto et al., 2011). Lynn e Martin (1997), encontraram níveis de Extroversão mais elevados entre os homens em relação às mulheres, tal como Costa et al. (2001). McCrae e Costa (1987) afirmam que a Extroversão aumenta com a idade.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre sexos para Neuroticismo, Extroversão, Conscienciosidade e Amabilidade, indicando que as mulheres tiveram

resultados mais elevados do que os homens nestas quatro dimensões (Hengartner et al., 2015). A partir da análise dos autores (Budaev, 1999; Costa et al., 2001; Feingold, 1994; McCrae & Costa, 1989; Weisberg et al., 2011), as mulheres tem níveis consistentemente mais altos na dimensão da Amabilidade do que os homens. As diferenças de gênero na Amabilidade podem estar relacionadas com as diferenças de gênero na autoconstrução, dado que os homens tendem a ter um autoconceito independente, ou uma noção eu separada das representações cognitivas dos outros, enquanto que as mulheres têm uma autoconstrução mais interdependente, na qual a sua noção de identidade inclui os que a rodeiam (Markus & Kitayama, 1991).

Segundo Costa, Terracciano, e McCrae (2001), não há evidências de que existam diferenças entre homens e mulheres em relação a Abertura a Experiência. Nenhuma diferença significativa entre os gêneros foi encontrada na Conscienciosidade (Costa et al., 2001; Weisberg et al., 2011). Costa, Yang, e McCrae (1998) evidenciam que a estabilidade dos traços de personalidade decresce gradualmente com a idade. Como tal, estudos transversais têm revelado uma diminuição dos níveis de Neuroticismo, Extroversão e Abertura à Experiência e aumentos nos níveis de Amabilidade e Conscienciosidade, que demonstram o desenvolvimento da maturidade ao longo do ciclo de vida (Costa & McCrae, 1994).

Com a pesquisa, análise e elaboração da informação referente aos traços de personalidade e *trauma complexo* terminada, propõe-se no ponto seguinte relacionar estes dois conceitos principais de acordo com a literatura existente.

### 1.3. Trauma Complexo e Traços de Personalidade

A literatura existente sobre a relação entre o Trauma Complexo e os Traços de Personalidade assume-se como escassa e pouco esclarecedora, enfatizando as perturbações de personalidade. É de salientar que não é possível admitir uma relação causa-efeito entre estas duas variáveis pela impossibilidade de perceber o funcionamento do individuo antes dos eventos traumáticos, tal como os traços que se desenvolveriam mais acentuadamente caso não houvesse trauma e que traços foram minimizados ou acentuados pela vivência do trauma. Posto isto, o que se pretende neste estudo centra-se no estudo das relações entre o Trauma Complexo e os Traços de Personalidade na comparação entre a Amostra Clínica e a População Geral.

A dimensão Abertura à Experiência foi recentemente identificada como um preditor de melhores resultados a nível da saúde em populações com doenças crónicas

(Ironson et al., 2008). Allen e Lauterbach (2007) afirmam que existem adultos, vítimas de trauma na infância que não desenvolvem perturbações de personalidade mas que o efeito deste trauma surge de uma forma subtil e menos patológica. Magnus et al. (1993) defende que as situações vividas pelos indivíduos como stressantes podem ser endógenas e não exógenas, dado que a reação ao acontecimento vai ser moldada por características pessoais do indivíduo. Há também evidências de que indivíduos com alto nível de Abertura à Experiência tendem a gerir de forma mais flexível e adaptativa as situações de *stress* (Lee-Baggley, Preece, & DeLongis, 2005).

Weinberg e Gil (2016) encontraram valores significativamente elevados nas dimensões Extroversão e Abertura à Experiência em vítimas de acidentes de viação, enquanto vítimas de abusos físicos ou sexuais mostraram níveis significativamente elevados de Neuroticismo. De acordo com a APA, os sujeitos com elevados níveis de Extroversão e Abertura à Experiência e, por isso, mais sociáveis, positivos e interessados em novas ideias e experiências (APA, 2014), tendem a estar mais expostos a situações de risco e a não interpretar os acontecimentos potencialmente traumáticos como ameaçadores. As vítimas de abusos físicos ou sexuais foram as que apresentaram níveis mais elevados de sintomas dissociativos (Allen & Lauterbach, 2007). Além disso, Allen e Lauterbach (2007) relataram que o trauma na infância está relacionado com a dimensão de Neuroticismo e Abertura à Experiência. Esta relação com a dimensão de Abertura à Experiência aumenta o risco de revitimização, dado que as mulheres inquiridas percecionavam mais benefícios e menos riscos no consumo de drogas, álcool e nos comportamentos sexuais de risco (Smith, Davis, & Fricker-Elhai, 2004). Outro estudo sugeriu que o trauma emocional precoce pode estar relacionado ao baixo controlo dos impulsos e ao comportamento interpessoal de risco (Rademaker, Vermetten, & Geuze, 2008). Num estudo de Sudbrack et al. (2015), os autores estudaram a relação entre a exposição a acontecimentos ameaçadores e potencialmente traumáticos, ocorridos na infância (i.e., agressão física, abuso sexual, abuso emocional, negligência física e negligência emocional) e os traços de personalidade. Este estudo mostrou uma relação positiva e significativa entre a exposição a acontecimentos potencialmente traumáticos e a presença de traços mais disfuncionais, como a raiva ou a vulnerabilidade emocional. Foi, também, encontrada uma relação inversa e significativa entre a exposição a acontecimentos ameaçadores e a presença de traços mais funcionais, como o controlo, a confronto ou a estabilidade. Os autores recorrem à hipótese de que a acumulação de acontecimentos ameaçadores, potencialmente traumáticos, na infância torna os sujeitos

mais vulneráveis ao aparecimento de patologias na idade adulta comparativamente a sujeitos que não vivenciaram este tipo de acontecimentos. Verificou-se no estudo de Magnus et al. (1993) que o abuso e a negligência na infância estão associados a níveis baixos de Extroversão, Amabilidade e Abertura à Experiência, enquanto que o abuso sexual está associado a níveis elevados na dimensão Extroversão. Koss e Dinero (1989) referem que mulheres vítimas de abuso sexual na infância têm atitudes mais permissivas nos comportamentos sexuais, no consumo de álcool em maior quantidade e frequência e admitem um número maior de parceiros sexuais do que as não-vitimizadas.

Os resultados sugerem que a idade e a escolaridade se encontram associadas a características da personalidade – à exceção do neuroticismo, influenciando a forma de lidar com os diferentes tipos de stressores (Marcelino & Figueiras, 2007).

Allen e Lauterbach (2007) sugerem que vítimas de trauma na infância tem tendência para desenvolver traços como tensão, ansiedade, irritabilidade e insegurança do que os que não foram vitimizados. O diagnóstico de PSPT está relacionado com a ansiedade e depressão (Brunello et al., 2001), onde a sintomatologia destas duas perturbações está relacionada com o traço de Neuroticismo (Allen & Lauterbach, 2007). O Neuroticismo foi relacionado com o desenvolvimento de PSPT (Ceobanu & Mairean, 2015; Olge et al., 2014; McFarlane, 1988; van Minnen, Arntz, & Keijsers, 2002). Indivíduos com níveis mais elevados de Neuroticismo e Extroversão tendem a ser mais sensíveis ao *stress* (Magnus et al., 1993). Além disso, os indivíduos com um nível mais elevado de Neuroticismo tendem a reagir e interpretar eventos neutros de forma negativa, desenvolvendo depressão ou sentimentos de raiva (Magnus et al., 1993). A Extroversão pode estar mais relacionada com eventos positivos pela natureza social desta dimensão – pessoas mais extrovertidas tendem a experimentar interações mais positivas com os outros (Magnus et al., 1993). Adultos vítimas de maus tratos e negligência na infância têm níveis mais baixos na Conscienciosidade, e são considerados como descuidados, não confiáveis, sem planos e indisciplinados (Yöyen, 2017). A violência psicológica foi relacionada com um aumento do Neuroticismo e Abertura à Experiência e níveis mais baixos de Amabilidade (Hengartner et al., 2015), negligência emocional relacionou-se com níveis elevados Neuroticismo e Extroversão e níveis baixos da Amabilidade (Hengartner et al., 2015). Vítimas de violência física também se relacionaram com o Neuroticismo, tal como o abuso sexual. Becerra-Garcia, Garcia-Leon, e Egan (2012) encontraram evidências de resultados mais altos na dimensão de Neuroticismo e Abertura à Experiência e baixa Conscienciosidade e Amabilidade nos agressores sexuais

masculinos com historial de violência sexual na infância. Num estudo longitudinal, Rogosch e Cicchetti (2004) mostraram que crianças com seis anos já evidenciavam traços específicos – e.g. Amabilidade, Conscienciosidade e Abertura à Experiência baixas e Neuroticismo alto – justificado por uma infância marcada por maus-tratos. Moran et al. (2011) descobriram que o abuso sexual na infância estava principalmente relacionado à menor Amabilidade e maior Neuroticismo. Allen e Lauterbach (2007) relatou que os sujeitos com histórico de abuso infantil tiveram níveis mais elevados nas dimensões de Neuroticismo e Abertura à Experiência. O Neuroticismo elevado e Conscienciosidade, Amabilidade e Extroversão baixas relacionaram-se com vários sintomas psicopatológicos (Malouff, Thorsteinsson, & Schutte, 2005). É de salientar que níveis baixos de Conscienciosidade relacionam-se com impulsividade, desleixo e inconfiável (Costa & McCrae, 1989), tal como se associa à ansiedade e depressão (Costa & McCrae, 1992).

## 2. Objetivos e Hipóteses

Este estudo exploratório contempla as dimensões da personalidade e a sua relação com a sintomatologia traumática subjacentes ao conceito de trauma complexo. Como tal, foi efetuado com recurso a dois instrumentos, nomeadamente o NEO-FFI e o SIDES-SR.. A amostra foi recolhida na população geral e em contexto clínico, com diversos diagnósticos associados. Neste capítulo, encontram-se os objetivos e as hipóteses associadas, com base na revisão de literatura, para que se clarifique o propósito desta dissertação.

**Objetivo 1:** *Comparar as médias da amostra clínica com as da população geral nas dimensões do SIDES-SR:*

Hipótese 1: Prevê-se que os resultados médios das dimensões do SIDES-SR são mais elevados na amostra clínica do que na população geral.

**Objetivo 2:** *Comparar as médias da amostra clínica com as da população geral nas dimensões do NEO-FFI:*

Hipótese 2: Prevê-se que o resultado médio do Neuroticismo do NEO-FFI seja mais elevado na amostra clínica e que os resultados médios da Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade, sejam mais elevados na população geral.

**Objetivo 3:** *Explorar a relação dos dados sociodemográficos (sexo, idade) na relação com as dimensões do SIDES-SR e as dimensões do NEO-FFI, na amostra clínica e na população geral.*

**Objetivo 4:** *Perceber como as seis dimensões do SIDES-SR se relacionam com as cinco dimensões do NEO-FFI, na amostra clínica e na população geral:*

Hipótese 3: Prevê-se uma relação positiva entre a dimensão do Neuroticismo (NEO-FFI) e todas as dimensões do SIDES-SR na amostra clínica na comparação com a população geral.

## 3. Método

### 3.1. Participantes

Para a realização do presente estudo, obteve-se uma amostra clínica e uma amostra da população geral.

### 3.1.1. Amostra Clínica

A amostra clínica deste estudo é composta por 207 participantes adultos, com diagnóstico de perturbação mental, com idade igual ou superior a 18 anos ( $M = 43.62$  anos;  $DP = 11.40$  anos). No Quadro 1 apresentam-se as características sociodemográficas dos participantes.

Quadro 1

*Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas da Amostra Clínica*

<i>Variáveis</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Max
Sexo								
Feminino	59	28.5						
Masculino	147	71.0						
Idade			43.62	11.40	44.00	11.00	18.00	68.00
Escolaridade								
<4º ano	26	12.6						
4º ano	9	4.30						
6º ano	31	15.0						
9º ano	45	21.7						
12º ano	60	29.0						
Licenciatura ou mais	35	16.9						
Estado civil								
Solteiro	114	55.10						
Casado ou vivendo como tal	25	12.10						
Viúvo	5	2.40						
Divorciado ou separado	61	29.50						
Profissão								
Empregado	43	20.80						
Desempregado	137	66.20						
Reformado	13	6.30						
Estudante	9	4.30						
Doença								
Sim	120	58.0						
Não	77	37.2						
Trauma								
Sim	14	70.0						
Não	58	28.0						



### 3.1.2. População Geral

A amostra da população geral é composta por 338 participantes adultos, com idade igual ou superior a 18 anos ( $M = 41.07$  anos;  $DP = 13.56$  anos). No Quadro 2 representam-se as características sociodemográficas dos participantes.

Quadro 2

*Estatística Descritiva das Variáveis Sociodemográficas da População Geral*

Variáveis	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Me</i>	<i>Mo</i>	Min	Max
Sexo								
Feminino	206	60.90						
Masculino	132	39.10						
Idade			41.07	13.56	40.00	37.00	18.00	83.00
Escolaridade								
< 4º ano	7	2.10						
4º ano	5	1.50						
6º ano	16	4.70						
9º ano	52	15.40						
12º ano	96	28.40						
Licenciatura ou mais	162	47.90						
Profissão								
Empregado	262	77.50						
Desempregado	26	7.70						
Reformado	18	5.30						
Estudante	29	8.60						
Estado civil								
Solteiro	104	30.80						
Casado ou vivendo como tal	197	58.30						
Viúvo	6	1.80						
Divorciado ou separado	30	8.90						
Trauma								
Sim	154	45.60						
Não	174	51.50						

### 3.2. Instrumentos

Na elaboração deste estudo empírico recorreu-se ao uso dos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico; *Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress* (SIDES-SR) e o *NEO-Five Factor Inventory* (NEO-FFI).

### 3.2.1. Questionário Sociodemográfico

No questionário estão incluídos 18 itens que permitem a recolha de dados sociodemográficos, entre eles o sexo, a idade, o nível de escolaridade, a profissão e o estado civil.

### 3.2.2. *Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress* (SIDES-SR)

Em termos do Trauma Complexo, foi usado o SIDES-SR, versão portuguesa (Duarte Silva, Gonçalves, & Henriques-Calado, 2016) do SIDES (Pelcovitz, et al., 1997), para avaliação e compreensão da sintomatologia contemplada neste construto. Este questionário de autorrelato, constituído por 45 itens, é utilizado para o diagnóstico e avaliação da severidade de sintomas da entidade nosológica *Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified* (DESNOS) no DSM-5. A avaliação do trauma complexo é feita de acordo com os seis *clusters* ou dimensões sintomatológicas e numa medida contínua de severidade, nomeadamente, a *Desregulação dos Afetos* (itens 1 a 19), *Alterações de Consciência* (itens 20 a 24), *Autopercepção* (itens 25 a 30), *Relação com os Outros* (itens 31 a 35), *Somatização* (itens 36 a 40) e *Sistemas de Significado* (itens 41 a 45) (Luxenberg, Spinazzola, Bessel, & van der Kolk, 2001). Este questionário transmite-nos informação sobre a presença de sintomas traumáticos ao longo da vida (*lifetime presence*) e sobre a presença (*current presence*) e a intensidade desses sintomas no último mês (*current severity*). Enquanto a *lifetime presence* e a *current presence* são avaliadas numa escala nominal dicotómica (*Sim/Não*), a *current severity* é avaliada numa escala de severidade de 0 a 3 pontos, onde um resultado igual ou superior a 2 pontos já possui severidade a nível da relevância clínica (Luxenberg et al., 2001; Trauma Center, 2011).

Aquando a aplicação do SIDES-SR é pedido aos participantes para indicar a presença ou ausência de cada sintoma, atualmente e ao longo da sua vida, assim como para classificar a gravidade atual desses sintomas. Para cada item, os indivíduos respondem se os sintomas estão presentes na sua vida, com respostas dicotómicas de *sim/não*, e identificam a recorrência e a severidade dos mesmos durante o mês passado, numa escala de 0 a 3. Contempla ainda a existência de um item denominado “Não aplicável”, que é considerado o número 4 da escala e os itens contém exemplos concretos dos possíveis comportamentos para facilitar a resposta dos pacientes e a posterior avaliação clínica.

A cotação possibilita-nos diagnosticar a presença de sintomatologia significativa nas seis dimensões da DESNOS, assim como funciona como uma medida contínua da severidade dos sintomas. Este instrumento revela ser uma boa ferramenta para investigar

as alterações no indivíduo em resposta ao *stress* extremo que não são capturadas no diagnóstico de PSPT, o que permite o planeamento de tratamento mais eficaz e objetivo para as dificuldades do indivíduo (Pelcovitz et al., 1997).

Relativamente à sua consistência interna, há estudos que revelam que a escala completa do SIDES-SR apresenta um valor de .93 (Trauma Center, 2011), o que corresponde a um bom instrumento de medição. Neste estudo, em particular, a escala completa do SIDES-SR apresenta valores de alfa de *Cronbach* entre .52 e .79, revelando ser um instrumento adequado para esta investigação.

### 3.2.3. Inventário dos Cinco Fatores de Personalidade (NEO-FFI)

Para esta investigação foi usada a versão portuguesa de Lima e Simões (2000) do NEO-FFI, uma versão reduzida do NEO-PI-R (Costa & McCrae, 1992), que nos permite obter uma versão fiável e rápida dos domínios do modelo dos cinco fatores e também estudar a relação entre estas dimensões da personalidade (Pedroso-Lima et al., 2014). Na versão portuguesa (Lima & Simões, 2000), obteve-se uma estrutura fatorial congruente com o FFM (Pedroso-Lima et al., 2014).

As dimensões que este modelo avalia são Neuroticismo, Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade (Costa & McCrae, 1992). A dimensão do Neuroticismo, avalia a adaptação *versus* instabilidade emocional e está associado ao grau de estabilidade emocional e ao controlo dos impulsos de um indivíduo em particular, como também a tendência para experimentar emoções negativas (e.g. medo, tristeza e raiva), baixa tolerância à frustração e dificuldade em gerir *stress* (Lima & Simões, 2000). A estabilidade emocional é definida como a tendência para ser calmo e enfrentar situações difíceis sem grande dificuldade (Lima & Simões, 2000). A Extroversão, que se relaciona com o comportamento interpessoal, avalia as emoções positivas e a capacidade de as manifestar, o nível de atividade e a necessidade de estimulação e pode ser descrita como a tendência para ser sociável, assertivo, falador, ativo, enérgico e otimista (Lima & Simões, 2000). A dimensão Abertura à Experiência, identifica-se pela procura proativa e pela vivência de novas experiências, uso de imaginação e sensibilidade estética, curiosidade e capacidade de explorar o mundo fora da zona de conforto (Lima & Simões, 2000). A Amabilidade, avalia o comportamento do indivíduo em relação aos outros e expressa a tendência para ser agradável, altruísta, simpático e disponível para ajudar os que o rodeiam. Na dimensão da Conscienciosidade, avalia-se a capacidade de planeamento, organização e concretização de tarefas e se o indivíduo é determinado e cumpridor nas tarefas propostas (Lima & Simões, 2000).

O NEO-FFI é constituído por 60 itens, com um formato de resposta na escala de *Likert* de 5 pontos – 0 (Discordo Fortemente), 1 (Discordo), 2 (Neutro), 3 (Concordo) e 4 (Concordo Fortemente). Especificamente construído para adultos, este instrumento pode ser aplicado a partir dos 17 anos e durante toda a idade adulta, a indivíduos de quaisquer níveis de escolaridade e estatutos socioeconómicos.

As escalas do NEO-FFI apresentam correlações de .75 a .89 com os fatores do NEO-PI, apresentando uma consistência interna entre .56 a .81 na versão portuguesa (Lima & Simões, 2000). No presente estudo a consistência interna, efetuada com recurso ao cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach*, é de .58 (Neuroticismo), .53 (Extroversão), .65 (Abertura à Experiência), .54 (Amabilidade) e .82 (Conscienciosidade) na amostra clínica, enquanto que na população geral, .84 (Neuroticismo), .76 (Extroversão), .63 (Abertura à Experiência), .69 (Amabilidade) e .84 (Conscienciosidade). Posto isto, assume-se este instrumento como adequado para esta investigação.

### **3.3. Procedimento**

A presente investigação insere-se no projeto de Investigação que se intitula “Personalidade e Psicopatologia II”, desenvolvido por docentes da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. O objetivo centra-se na compreensão do fenómeno psicológico multidimensional, subjacente à Personalidade e à Psicopatologia, através da avaliação empírica de vários domínios fundamentais, tanto no contexto de população geral adulta como numa perspetiva da psicologia clínica. Dos nove instrumentos utilizados neste âmbito, esta investigação será suportada por três instrumentos, nomeadamente, o Questionário Sociodemográfico, o NEO-FFI, e o SIDES-SR.

A amostra foi recolhida através do método “Bola de Neve”, pelos alunos do Mestrado Integrado em Psicologia, sendo que uma parte desta recolha de dados decorreu entre outubro de 2016 e julho de 2017. Os critérios de participação neste estudo consistiram na idade dos participantes ser igual ou superior a 18 anos e terem nacionalidade portuguesa, para a amostra da população geral. Enquanto para a amostra clínica, os critérios seriam ter uma idade igual ou superior a 18 anos e um diagnóstico psiquiátrico formulado. O consentimento informado (Anexo), que teria necessariamente de ser lido e assinado antes do preenchimento dos questionários, foi colocado num envelope, em conjunto com o protocolo, e entregue presencialmente a cada sujeito, tendo sido feita uma explicação prévia do estudo, tanto para a amostra de população geral como para a amostra clínica. O consentimento informado continha o objetivo e o âmbito da investigação, assim como garantia o anonimato das respostas e o carácter confidencial da

informação e o contacto do investigador se desejassem informações sobre os resultados. Após o seu preenchimento, o protocolo era devidamente selado e entregue e, em todo o processo, garantiu-se o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos resultados. Estima-se que o preenchimento do protocolo tivesse a duração de uma hora e trinta minutos.

Posteriormente, os dados foram sujeitos a análise estatística, utilizando o *software* IBM SPSS *Statistics* versão 24 (*Statistical Package for the Social Sciences*). Recorreu-se à estatística descritiva que incluiu cálculos de frequências, médias e desvios-padrão. Para obter uma medida do grau de correlação entre as variáveis estudadas, foram utilizadas técnicas estatísticas específicas, como o coeficiente de correlação de *Pearson*, o coeficiente de correlação bisserial por pontos (variável nominal Sexo), e análises multivariadas a um fator, através da ANOVA (Maroco, 2011). Recorreu-se também ao cálculo do coeficiente *alfa de Cronbach* para testar a consistência interna dos instrumentos utilizados no presente estudo. Consideram-se estatisticamente significativos os efeitos para  $p\text{-values} \leq .05$ .

#### 4. Resultados

Neste segmento, são apresentados os resultados das análises elaboradas de acordo com os quatro objetivos propostos. Inicialmente, apresentam-se os resultados relativos à comparação entre a amostra clínica e a amostra da população geral nas dimensões do Trauma Complexo. De seguida, procede-se à comparação entre as duas amostras acima referidas relativamente aos Traços de Personalidade. Numa linha consistente, prossegue-se com a exploração dos dados sociodemográficos Sexo e Idade na relação com o Trauma Complexo e os Traços de Personalidade nas duas amostras. Posto isto, finaliza-se com os resultados referentes à relação existente entre as várias dimensões do Trauma Complexo e as dimensões dos Traços de Personalidade na amostra clínica e na população geral.

##### **4.1. Diferenças na Amostra Clínica e População Geral no Trauma Complexo**

Os resultados que esta sub-seção analisa são relativos à hipótese 1, que integra o objetivo 1 (*vide* p. 22). Para avaliar as possíveis diferenças nas duas amostras relativamente ao Trauma Complexo, efetuou-se uma análise de variância a um fator – ANOVA a um fator. Os resultados encontram-se apresentados no Quadro 3.

### Quadro 3

*Resultados da Análise de Variância (ANOVA) sobre os Efeitos da Amostra Clínica e da População Geral nos Seis Domínios do Trauma Complexo (SIDES-SR)*

Domínios	Amostra clínica ( <i>n</i> = 207)	População geral ( <i>n</i> = 338)	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2_p$	$\pi$
	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>M</i> ( <i>DP</i> )				
Dai	.67(.63)	.20(.33)	110.08	<b>.0001</b>	.19	.99
Aac	.60(.79)	.21(.53)	40.59	<b>.0001</b>	.08	.99
Ap	.34(.49)	.09(.24)	52.77	<b>.0001</b>	.10	.99
Ro	.53(.72)	.16(.40)	49.92	<b>.0001</b>	.10	.99
S	.24(.52)	.07(.22)	23.90	<b>.0001</b>	.05	.99
Ss	.42(.82)	.18(.46)	17.04	<b>.0001</b>	.04	.99

*Nota*<sup>1</sup>. Os casos em que  $p < .05$  estão identificados a negrito. [Dai: Desregulação dos afetos e impulsos; Aac: Alterações na atenção e consciência; AP: Autopercepção; Ro: Relação com os outros; S: Somatização; Ss: Sistemas de significado].

Através desta análise, foram observados resultados estatisticamente significativos ( $p < .05$ ), ou seja, podemos concluir que se verificam diferenças entre a Amostra clínica e a População geral nos vários domínios do Trauma Complexo. Como tal, a hipótese 1 que previa que os resultados médios das dimensões do SIDES-SR seriam mais elevados na amostra clínica do que na população geral confirma-se na totalidade.<sup>1</sup>

#### 4.2. Diferenças na Amostra Clínica e População Geral nos Traços de Personalidade

Os resultados que esta sub-seção analisa são relativos à hipótese 2, que integra o objetivo 2 (*vide* p. 22), que avaliam as possíveis diferenças nas amostras relativamente aos Traços de Personalidade. Para tal, efetuou-se uma análise de variância a um fator – ANOVA a um fator. Os resultados encontram-se apresentados no Quadro 4.

<sup>1</sup>  $\eta^2_p$  (dimensão do efeito):  $\leq .05$  (Pequeno); [.05; .25] (Médio); [.25; .50] (Elevado);  $> .50$  (Muito elevado);  $\pi$  (potência do teste):  $\geq .80$ ; 1.00] (Cohen (1988) cit. por Maroco, 2011).

#### Quadro 4

*Resultados da Análise de Variância (ANOVA) sobre o Efeito da Amostra Clínica e da População Geral nas Cinco Dimensões da Personalidade do NEO-FFI*

Dimensões	Amostra clínica ( <i>n</i> = 207)	População geral ( <i>n</i> = 338)	<i>F</i>	<i>p</i>	$\eta^2_p$	$\pi$
	<i>M</i> ( <i>DP</i> )	<i>M</i> ( <i>DP</i> )				
Neuroticismo	28.66(7.77)	22.87(7.91)	69.40	<b>.0001</b>	.11	.99
Extroversão	26.74(6.62)	30.23(6.10)	39.20	<b>.0001</b>	.07	.99
Abert. Experiência	27.20(6.36)	28.26(5.66)	4.08	<b>.04</b>	.01	.52
Amabilidade	27.99(5.49)	32.48(5.36)	88.43	<b>.0001</b>	.14	.99
Conscienciosidade	30.03(7.21)	35.01(6.38)	70.49	<b>.0001</b>	.12	.99

Nota<sup>2</sup>. Os casos em que *p* < .05 estão identificados a negrito.

De acordo com os testes, as diferenças observadas são estatisticamente significativas para todas as dimensões do NEO-FFI (*p* < .05), o que confirma a hipótese 2 que previa que o Neuroticismo do NEO-FFI seria mais elevado na amostra clínica e que os resultados médios da Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade seriam mais elevados na população geral.

#### **4.3. Relação entre a Idade e o Sexo com os Domínios do SIDES-SR e as Dimensões do NEO-FFI na Amostra Clínica e na População Geral**

Os resultados apresentados neste segmento referem-se ao objetivo 3 que visa explorar a relação dos dados sociodemográficos Sexo e Idade com as dimensões do SIDES-SR e as dimensões no NEO-FFI na amostra clínica e na população geral. Para explorar esta relação recorreu-se à utilização do Coeficiente de Correlação de *Pearson*. No Quadro 5 relatam-se os resultados referentes à Amostra clínica e no Quadro 6 referentes à População geral.

<sup>2</sup>  $\eta^2_p$  (dimensão do efeito): ≤ .05 (Pequeno); ].05; .25] (Médio); ].25; .50] (Elevado); > .50 (Muito elevado);  $\pi$  (potência do teste): ≥ .80; 1.00] (Cohen (1988) cit. por Maroco, 2011).

Quadro 5

*Coefficientes de Correlação entre a Idade e o Sexo com os Traços de Personalidade (NEO-FFI) e as Dimensões do Trauma Complexo (SIDES-SR) na Amostra clínica*

	Amostra clínica (n = 207)	
	Idade	SEXO (1 Homens; 0 Mulheres)
<b>NEO-FFI</b>		
Neuroticismo	<b>-.36**</b>	<b>-.32**</b>
Extroversão	-.11	.12
Abert. à Experiência	-.13	<b>-.15*</b>
Amabilidade	<b>.22**</b>	-.06
Conscienciosidade	<b>.20**</b>	<b>.14*</b>
<b>SIDES-SR</b>		
Dai	<b>-.33**</b>	<b>-.24**</b>
Aac	<b>-.24**</b>	<b>-.30**</b>
Ap	<b>-.19**</b>	<b>-.19*</b>
Ro	<b>-.19**</b>	<b>-.15*</b>
S	-.01	<b>-.18*</b>
Ss	<b>-.16*</b>	-.09

*Nota. Os casos em que  $p < .05$  estão identificados a negrito.*

*\* $p < .05$ . \*\* $p < .001$*

[Dai: Desregulação dos afetos e impulsos; Aac: Alterações na atenção e consciência; AP: Autopercepção; Ro: Relação com os outros; S: Somatização; Ss: Sistemas de significado].



Quadro 6

*Coefficientes de Correlação entre a Idade e o Sexo com os Traços de Personalidade (NEO-FFI) e as Dimensões do Trauma Complexo (SIDES-SR) na População geral*

	População geral (n = 338)	
	Idade	Sexo (1 Homens; 0 Mulheres)
<b>NEO-FFI</b>		
Neuroticismo	<b>-.16**</b>	-.09
Extroversão	-.07	-.07
Abert. à Experiência	-.08	-.11
Amabilidade	<b>.12*</b>	<b>-.16**</b>
Conscienciosidade	<b>.15**</b>	<b>-.16**</b>
<b>SIDES-SR</b>		
Dai	<b>-.20**</b>	.05
Aac	-.05	-.06
Ap	<b>-.15**</b>	-.03
Ro	<b>-.11*</b>	-.04
S	-.03	-.06
Ss	-.10	.03

Nota. Os casos em que  $p < .05$  estão identificados a negrito.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .001$

[Dai: Desregulação dos afetos e impulsos; Aac: Alterações na atenção e consciência; AP: Autopercepção; Ro: Relação com os outros; S: Somatização; Ss: Sistemas de significado].

Pela análise do Quadro 5, entende-se que a Idade tem relações inversas significativas ( $p < .001$ ) com a dimensão Neuroticismo do NEO-FFI e com os domínios Desregulação dos afetos e impulsos, Alterações na atenção e consciência, Autopercepção, Relação com os outros e Sistemas de significado do SIDES-SR na Amostra clínica. No Quadro 6, referente à população geral, a Idade relaciona-se inversa e significativamente com a dimensão Neuroticismo e com os domínios Desregulação dos afetos e impulsos, Autopercepção e Relação com os outros. Encontram-se ainda relações positivas significativas da Idade com a dimensão Amabilidade e Conscienciosidade na Amostra clínica e na População geral.

A variável Sexo, referente à Amostra clínica, apresenta relações inversas significativas com o Neuroticismo, Abertura à Experiência e Desregulação dos afetos e impulsos, Alterações na atenção e consciência, Autopercepção, Relação com os outros e Somatização, tal como na população geral, onde também se encontra estas relações com a Amabilidade e Conscienciosidade. A única relação positiva significativa existente nesta variável é com a dimensão Conscienciosidade na Amostra clínica.

#### 4.4. Relação entre o Trauma Complexo e os Traços de Personalidade na Amostra Clínica e na População Geral

Esta subsecção pretende analisar os resultados relativos ao objetivo 4, onde se propõe perceber como as seis dimensões do SIDES-SR se relacionam com as cinco dimensões do NEO-FFI em ambas as amostras. Subjacente a este objetivo, prevê-se, na hipótese 3, uma relação positiva entre a dimensão do Neuroticismo (NEO-FFI) e todas as dimensões do SIDES-SR na amostra clínica em comparação com a população geral. Para tal, procedeu-se à realização do Coeficiente de Correlação de *Pearson*. Os resultados desta relação na Amostra clínica apresentam-se no Quadro 7 e os da População geral no Quadro 8.

Quadro 7

*Coeficientes de Correlação de Pearson entre Traços de Personalidade (NEO-FFI) e os Domínios do Trauma Complexo (SIDES-SR) na Amostra Clínica*

	Amostra Clínica ( $n = 207$ )					
	Dimensões do SIDES-SR					
NEO-FFI	Dai	Aac	Ap	Ro	S	Ss
Neuroticismo	<b>.41**</b>	<b>.48**</b>	<b>.36**</b>	<b>.29**</b>	<b>.22**</b>	<b>.28**</b>
Extroversão	<b>-.20**</b>	<b>-.26**</b>	<b>-.23**</b>	<b>-.21**</b>	<b>-.13**</b>	<b>-.30**</b>
Abertura à Experiência	.04	.06	.04	-.02	.03	-.02
Amabilidade	<b>-.32**</b>	-.06	<b>-.19**</b>	<b>-.25**</b>	<b>-.18*</b>	<b>-.24**</b>
Conscienciosidade	<b>-.28**</b>	<b>-.17*</b>	<b>-.19**</b>	-.07	<b>-.19**</b>	<b>-.25**</b>

Nota. Os casos em que  $p < .05$  estão identificados a negrito.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .001$

Dai: Desregulação dos afetos e impulsos; Aac: Alterações na atenção e consciência; AP: Autopercepção; Ro: Relação com os outros; S: Somatização; Ss: Sistemas de significado].

## Quadro 8

*Coefficientes de Correlação de Pearson entre Traços de Personalidade (NEO-FFI) e os Domínios do Trauma Complexo (SIDES-SR) na População Geral*

NEO-FFI	População geral (n = 338)					
	Dimensões do SIDES-SR					
	Dai	Aac	Ap	Ro	S	Ss
Neuroticismo	<b>.47**</b>	<b>.34**</b>	<b>.39**</b>	<b>.33**</b>	<b>.23**</b>	<b>.40**</b>
Extroversão	<b>-.17**</b>	<b>-.17**</b>	<b>-.24**</b>	<b>-.26**</b>	-.06	<b>-.24**</b>
Abertura à Experiência	.06	<b>.11*</b>	<b>.14*</b>	<b>.13*</b>	.10	<b>.19**</b>
Amabilidade	<b>-.27**</b>	<b>-.13*</b>	<b>-.21**</b>	<b>-.31**</b>	-.06	-.10
Conscienciosidade	<b>-.19**</b>	<b>-.12*</b>	<b>-.19**</b>	-.07	.01	<b>-.23**</b>

Nota. Os casos em que  $p < .05$  estão identificados a negrito.

\* $p < .05$ . \*\* $p < .001$

[Dai: Desregulação dos afetos e impulsos; Aac: Alterações na atenção e consciência; AP: Autopercepção; Ro: Relação com os outros; S: Somatização; Ss: Sistemas de significado].

Através da análise dos resultados do Quadro 7 e 8, podemos verificar que o traço de Neuroticismo apresenta uma relação positiva com todas os domínios do SIDES-SR, tanto na Amostra clínica como na População geral. Posto isto, a hipótese 3 é parcialmente confirmada dado que o Neuroticismo tem relações positivas com todos os domínios do SIDES-SR na Amostra clínica mas também na População geral.

## 5. Discussão

Este capítulo da investigação tem por base a análise e discussão dos resultados, apresentados anteriormente, de acordo com os objetivos e hipóteses formulados a partir da literatura.

Este estudo exploratório segue a linha dos Traços da Personalidade e da sua relação com a sintomatologia adjacente ao Trauma Complexo, numa visão contínua, dimensional e compreensiva da personalidade, na comparação entre Amostra clínica e População geral, que irá permitir uma melhor compreensão sobre as diferenças entre estas variáveis com as amostras e as suas diferenças. Antes de iniciar a discussão e dar sentido aos resultados, torna-se necessário referir que, pelo SIDES-SR se encontrar em fase inicial de adaptação para a população portuguesa, os seus resultados devem ser analisados com cautela.

A comparação de médias na Amostra clínica com a População geral perante as dimensões do Trauma Complexo assumiu-se como o nosso Objetivo 1, com a hipótese de que os resultados médios das dimensões do SIDES-SR seriam mais elevados na Amostra clínica do que na População geral, o que foi confirmado. Entende-se que esta confirmação se deve pelo objetivo do instrumento utilizado avaliar a sintomatologia referente à entidade nosológica DESNOS, pelo que a Amostra clínica teve resultados mais elevados pela alteração que existe nos vários domínios. Como referido no enquadramento teórico, o Trauma Complexo define-se como a experiência de eventos traumáticos múltiplos, crónicos e prolongados, de natureza interpessoal (van der Kolk, 2005), o que indica que os participantes da amostra psicopatológica teriam naturalmente valores mais elevados. Poderá supor-se a existência de uma comorbilidade do Trauma Complexo com as perturbações mentais, elevando os resultados na amostra que se caracteriza como clínica. Estes dados relaciona-se com a literatura (Briere & Scott, 2015; Briere & Spinazzola, 2009; Courtois, 2008; Luxenberg et al., 2001; Viola et al., 2010) de que o Trauma Complexo tem relações com outras perturbações psicopatológicas, como a depressão (Bennett et al., 2004; Goldstein et al., 1987; Herman, 1992), as perturbações da personalidade (Briere & Scott, 2015) e as perturbações ansiosas (Bennett et al., 2004; Briere & Spinazzola, 2009). Poderá colocar-se a hipótese de que o Trauma Complexo evidencia a psicopatologia geral, o que identifica esta relação com a Amostra clínica.

Na formulação da hipótese 2, subjacente ao objetivo 2 do presente estudo (vide p. 22), previu-se uma relação entre o Neuroticismo e a Amostra clínica, de modo a que esta dimensão teria um resultado médio mais elevado na amostra caracterizada pela psicopatologia do que na amostra normativa. Além disso, também se esperavam resultados mais elevados nas dimensões da Extroversão, Abertura à Experiência, Amabilidade e Conscienciosidade na amostra normativa.. Esta hipótese foi confirmada e vai de encontro à literatura de que níveis elevados de Neuroticismo e níveis mais baixos das restantes dimensões do NEO-FFI são indicadores de psicopatologia (Bagby et al., 2008; Cloninger, 2013; Costa & McCrae, 1987; Jorm, 2000; Neeleman, Bijl, & Ormel, 2004), tornando evidente que a Amostra clínica teria mais probabilidade de obter estes resultados do que a Amostra geral. O Neuroticismo constitui um forte indicador de risco para a manifestação de perturbações psiquiátricas (Neeleman et al., 2004). Malouff et al. (2005) afirmam que níveis elevados de Neuroticismo e níveis de Conscienciosidade, Abertura à Experiência, Amabilidade e Extroversão baixos, relacionaram-se com vários sintomas psicopatológicos, o que se interliga com os resultados apresentados. No estudo

indicado acima, encontramos evidências de que amostras clínicas apresentam Neuroticismo mais elevado em relação a amostras normativas. Além disso, a dimensão Extroversão apresenta níveis mais baixos em amostras clínicas. Pai e Carr (2010) assumem que Neuroticismo baixo e as restantes dimensões elevadas podem significar uma melhor tolerância a *stressores* crônicos e agudos, o que se identifica com a amostra sem psicopatologia associada. O estudo de Watson et al. (1992) sugere que resultados elevados na Extroversão e baixos no Neuroticismo parecem ser indicadores de estabilidade emocional. Na mesma linha, South e Krueger (2014) defendem que a Conscienciosidade é um fator preditivo de saúde mental dos sujeitos. Pelos dados da literatura empírica apresentados entende-se que o Neuroticismo é um indicador forte de psicopatologia, enquanto que as dimensões de Extroversão, Abertura à Experiência, Conscienciosidade e Amabilidade se relacionam de forma positiva com a saúde mental.

Relativamente à exploração da relação entre o Sexo e a Idade com o Trauma Complexo e os Traços de Personalidade, na Amostra clínica e na População geral, encontram-se dados consensuais com a literatura.

A variável Sexo relaciona-se de forma inversa com o Neuroticismo e a Abertura à Experiência e positivamente em relação à Conscienciosidade na Amostra clínica, não tendo relação com as restantes dimensões dos Traços de Personalidade. Desta forma, as mulheres apresentam níveis mais elevados de Neuroticismo e Abertura à Experiência e os homens têm níveis mais elevados na dimensão da Conscienciosidade, na Amostra clínica. Deste modo, os dados do presente estudo vão de acordo com a literatura, onde as mulheres têm níveis mais elevados de Neuroticismo (Digman, 1990; Goldberg, 1992; Hengartner et al., 2015). Bienvenu et al. (2001) hipotetizam que as mulheres podem ser mais neuróticas pelo tratamento ter sido diferente na escola, visto que há evidências de que os rapazes recebem mais atenção, maiores expectativas e notas melhores do que as raparigas, o que poderá desenvolver mais este traço. Além disso, o neuroticismo é indicador de psicopatologia (Malouff et al., 2005; Neeleman et al., 2004), tornando-se plausível os valores significativos na amostra caracterizada pela psicopatologia.

Na literatura, as evidências acentuam que as mulheres têm também elevada Abertura à Experiência (Katz & McGuffin, 1987). Em contraste, Costa et al. (2001) não identificam evidências de que existam diferenças entre homens e mulheres em relação à Abertura à Experiência. A relação existente neste estudo da Conscienciosidade com o sexo masculino vai de encontro ao estudo de Katz e McGuffin (1987). Outros estudos

afirmam que nenhuma diferença significativa entre os géneros foi encontrada em termos da Conscienciosidade (Costa et al., 2001; Weisberg et al., 2011).

Na População geral, o Sexo relaciona-se de forma negativa com a Amabilidade e com a Conscienciosidade, não tendo relação com as restantes dimensões. Entende-se deste modo que as mulheres têm níveis mais elevados na Amabilidade e Conscienciosidade na População geral. As mulheres assumem-se neste estudo como mais amáveis e conscienciosas, o que se associa aos estudos de vários autores (Budaev, 1999; Costa et al., 2001; Feingold, 1994; McCrae & Costa, 1989; Weisberg et al., 2011), onde o sexo feminino teve níveis consistentemente mais elevados na dimensão da Amabilidade do que os homens. Estas diferenças de género na Amabilidade podem estar relacionadas com as diferenças de género na autoconstrução, (Markus & Kitayama, 1991). Estas dimensões estão ligadas à saúde mental, à sociabilidade e ao desenvolvimento da personalidade saudável (Malouff et al., 2005; South & Krueger, 2014).

De modo global, as mulheres aparecem como diferenciadoras nas duas amostras, com níveis elevados nas dimensões associadas à psicopatologia na Amostra clínica e níveis elevados nas dimensões associadas à saúde mental na População geral. Salienta-se que no Sexo, tanto no sentido da psicopatologia como na saúde mental, existe este aspeto diferenciador das mulheres, que demonstra ser um dado relevante no presente estudo.

Relativamente à variável Sexo na Amostra clínica, esta relaciona-se de forma inversa com todos os domínios do Trauma complexo, exceto o domínio dos Sistemas de Significado que não apresenta uma associação. Na População geral, a variável Sexo não se relaciona com nenhum domínio do Trauma. Na amostra caracterizada pela psicopatologia, os domínios do Trauma complexo relacionam-se com o sexo feminino enquanto que na População geral não há relação com o Sexo. Portanto, a variável sexo tem um poder explicativo na Amostra clínica mas não na normativa.

De acordo com a literatura, existem diferenças significativas entre as mulheres e os homens relativamente aos domínios do Trauma Complexo. As mulheres têm maior probabilidade de desenvolver PSPT após a exposição a um acontecimento potencialmente traumático e com mais sintomatologia (Jerotić & Bojović, 2016; Norris, Perilla, & Ibañez, 2001). A literatura vai de encontro aos dados da amostra clínica, onde as mulheres apresentam níveis de psicopatologia mais elevados do que os homens. Contudo, o presente estudo não encontrou evidências desta relação na população geral, o que pode ser explicado por estes estudos se centrarem mais no PSPT do que na avaliação do Trauma Complexo. É de referir que o Trauma Complexo centra-se em situações de trauma

repetidos e prolongados no tempo e, de grande modo, com início na infância ou adolescência, o que pode indicar que perante múltiplos traumas, tanto os homens como as mulheres, podem ser de igual modo afetados por estes acontecimentos. Esta explicação torna-se plausível neste estudo por não terem sido encontradas diferenças entre homens e mulheres nos vários domínios da DESNOS na população geral. Verifica-se que a variável Sexo não tem um papel na relação com a amostra normativa mas é um fator importante na amostra clínica.

Referente ao Trauma complexo na Amostra clínica, a Idade relaciona-se de forma inversa com todos os domínios do SIDES-SR, com exceção da Somatização que não tem relação. Na População geral, a relação entre a Idade e as dimensões também é inversa, excetuando nos domínios de Alterações da Atenção e Consciência, Somatização e Sistemas de Significado, não apresentando associações. Posto isto, entende-se que a Idade tem uma relação inversa com grande parte dos domínios do Trauma Complexo, de modo que à medida que o sujeito envelhece, as alterações contempladas na DESNOS diminuem. Sobre esta matéria, além de existir pouca literatura, os dados são contraditórios. O Trauma Complexo é um construto que se define por uma acumulação de traumas no indivíduo, admitindo portanto que, um sujeito ao longo do tempo de vida irá acumular cada vez mais traumas. Contudo, este conceito também é definido pela complexidade do trauma e pela vulnerabilidade subjacente à pessoa. Ou seja, os acontecimentos traumáticos severos e prolongados que ocorrem na infância ou na adolescência, períodos críticos do desenvolvimento cognitivo e maturacional do indivíduo (Courtois & Ford, 2009; Herman, 1992; Luxenberg et al., 2001), são psicologicamente mais agressivos do que os vividos ao longo da vida. Encontramos uma relação intrínseca das dimensões do Trauma Complexo com a infância, o que predispõe que os traumas vividos nesta fase de desenvolvimento possam ter um efeito mais vinculativo à vivência e impacto do trauma no sujeito. Esta hipótese interliga-se com a literatura sobre o efeito severo do Trauma Complexo que ocorre na infância ou adolescência (Briere & Scott, 2015; Briere & Spinazolla, 2005; Conway et al., 2011; Cook et al., 2017; Courtois & Ford, 2009, 2013; Luxenberg et al., 2001). Além disso, a resiliência, que se relaciona positivamente com a idade (Cherry et al., 2010; Costanzo, Ryff, & Singer, 2009; Hu, Zhang, & Wang, 2015), assume-se como um fator moderador em que existe uma melhor adaptação e mais eficaz aos acontecimentos de vida do que em anos mais prematuros. Portanto, os sujeitos mais novos terão mais sintomatologia relacionada com o trauma do que os mais velhos, sendo estes mais saudáveis, o que se

interliga com os dados do desenvolvimento da personalidade em que a saúde mental também aumenta com a idade (McCrae & Costa, 1997). Numa linha hipotética, esta relação positiva com a Idade pode dever-se a um aspeto diacrónico do indivíduo, na medida em que a perceção e vivência do trauma, numa idade precoce, torna-se distinta quando já houve tempo para se fazer o luto das vivências traumáticas. O trauma com pouco tempo de existência assume-se como um sofrimento mais intenso e presente para o sujeito.

É de salientar que as amostras, clínica e normativa, seguem o mesmo desenvolvimento, existindo um dado do desenvolvimento geral que é subjacente a todos, que remete para o desenvolvimento do Ser Humano e que não aparece diferenciado nas duas amostras. As variáveis psicológicas relacionam-se entre si da mesma forma nas duas amostras, apesar da amostra clínica evidenciar maior patologia.

Em ambas as amostras, o Neuroticismo relaciona-se inversamente com a variável Idade, o que vai de acordo com a literatura do desenvolvimento da personalidade normativa, onde esta dimensão decresce ao longo do desenvolvimento (McCrae & Costa, 1999). Posto isto, entende-se que os dados seguem a evidência dos traços expetáveis do desenvolvimento humano, onde o Neuroticismo tende a diminuir ao longo dos anos (Costa & McCrae, 1994; Lehmann et al., 2013; Soto et al., 2011). No estudo de Martin et al. (2006), o Neuroticismo baixo foi associado a indivíduos com idades iguais ou superiores a 98 anos, o que pode indicar a diminuição desta dimensão ao longo do envelhecimento e uma maior longevidade associada. Noutra linha, a Idade tem uma relação direta com a Amabilidade e a Conscienciosidade, tanto na Amostra clínica como na População geral, o que indica que à medida que os indivíduos envelhecem, tornam-se mais amáveis e conscienciosos, que vai de encontro à literatura (Costa & McCrae, 1994; Martin et al., 2006; Pedroso-Lima et al., 2014). Poderá então colocar-se a hipótese de que a Amabilidade está associada a uma maior resiliência, por esta ser um fator ligado à idade (Friborg et al., 2005). A nível da Conscienciosidade, o controlo cognitivo tende a aumentar a partir da adolescência (Steinberg, 2007) e, a maturidade, relacionada também com a idade, permite um maior foco nos objetivos e a definir metas (Riediger, Freund, & Baltes, 2005).

O objetivo 4 deste estudo, que pretende perceber a relação entre os domínios do Trauma Complexo com as dimensões dos Traços de Personalidade na Amostra clínica e na População geral, tem subjacente a hipótese 3, que prevê uma relação positiva entre a dimensão do Neuroticismo e todas as dimensões do Trauma Complexo na Amostra



clínica na comparação com a População geral. Contudo, os resultados apresentaram-se como positivos na amostra clínica e também na população geral, pelo que a hipótese é parcialmente confirmada. Na literatura encontramos evidências de que um elevado Neuroticismo relaciona-se com situações traumáticas (Allen & Lauterbach, 2007; Becerra-Garcia et al., 2012; Ceobanu & Mairean, 2015; Gil, 2015; Hengartner et al., 2017; Magnus et al., 1993; Moran et al., 2011). Estes dados podem dever-se ao facto de que, tendencialmente, indivíduos com um nível mais elevado de Neuroticismo tendem a reagir e interpretar eventos neutros de forma negativa (Magnus et al., 1993; Sarubin et al., 2015). Autores afirmam que o Neuroticismo é um traço ligado ao baixo controlo de impulsos, humor deprimido, irritabilidade e agressividade, logo indivíduos com valores altos nesta dimensão têm maior risco de desenvolver PSPT (Allen & Lauterbach, 2007; Bienvenu et al., 2001). Deste modo, a hipótese não contemplava níveis elevados desta dimensão na amostra normativa. Uma explicação possível será que independentemente da psicopatologia ou da normatividade, o valor intrínseco da relação das variáveis entre si, segue um padrão comum do desenvolvimento, existindo algo do desenvolvimento humano que é comum, como já descrito (McCrae & Costa, 1997). A relação dos construtos psicológicos como os Traços da Personalidade na relação com o Trauma Complexo tem intrinsecamente um valor e uma direção que é comum à psicopatologia e à amostra da população normativa. Isto quer dizer que, a relação das variáveis é independente da psicopatologia e essa relação tem um construto psicológico que é comum a todos os indivíduos, quer sofram de perturbação mental ou não. Encontramos, portanto, o ponto-chave de que as variáveis relacionam-se entre si de forma semelhante, onde o Neuroticismo assume-se como um traço importante, com um papel marcador de psicopatologia e com uma relação direta nas duas amostras.

### Conclusão

O Trauma Complexo integra uma das áreas mais controversas e críticas do desenvolvimento humano não normativo, que contempla os efeitos da vivência de situações traumáticas que provocam no indivíduo sofrimento psicológico e o desvio de um desenvolvimento a par da saúde mental. Este assume-se como uma temática importante e indispensável para a compreensão do efeito dos acontecimentos traumáticos e adversos, que incidem no início do ciclo de vida, na personalidade do indivíduo e nos traços que a compõem. Como um conceito que carece de investigação, tanto individualmente como na relação com outros construtos psicológicos, esta dissertação

apresenta-se como um possível impulsionador na percepção da sua relação com os Traços da Personalidade e as diferenças evidenciadas na análise de uma Amostra clínica e da População geral.

Evidenciam-se diferenças entre a Amostra clínica e a População geral na relação com o Trauma Complexo, onde os indivíduos com perturbação mental obtiveram resultados médios mais elevados. Propõe-se que o Trauma Complexo apresenta comorbilidade com outras perturbações psicopatológicas e que este construto evidencia a psicopatologia geral.

O Neuroticismo elevado assumiu-se como marcador do Trauma Complexo e as dimensões de Extroversão, Abertura à Experiência, Conscienciosidade e Amabilidade baixas, como associadas ao desenvolvimento psicológico saudável.

Uma particularidade inovadora e relevante da presente dissertação sobre os Traços de Personalidade atribui-se ao sexo feminino pelo aspeto diferenciador nas duas amostras, com níveis elevados nas dimensões associadas à psicopatologia na Amostra clínica e níveis elevados nas dimensões associadas à saúde mental na População geral. No Trauma Complexo, o Sexo tem um valor explicativo na amostra psicopatológica mas não na normativa. A variável Idade revela relações exetáveis com os Traços de Personalidade e, uma relação inversa com o Trauma Complexo nas duas amostras, o que indica uma relação idêntica das variáveis psicológicas.

Encontramos portanto um ponto crucial de que as variáveis Trauma Complexo e Traços de Personalidade relacionam-se entre si da mesma forma, onde o Neuroticismo assume-se como um traço importante, com um papel marcador de psicopatologia e com uma relação direta nas duas amostras.

Deste modo, esta dissertação revela-se com importância para a prática dos profissionais e académicos da Psicologia Clínica, pela identificação de fatores diferenciadores em amostras clínicas e não-clínicas em termos do trauma complexo

Considera-se que o presente estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente, o facto de integrar uma amostra de conveniência, o que poderá refletir uma homogeneidade ao nível dos participantes, na amostra normativa, pelo nível de escolaridade centrar-se no ensino superior, onde 47.9% dos inquiridos desta amostra possuem um grau de “licenciatura ou mais”. Além disso, foram utilizados instrumentos de autorrelato, o que constitui uma limitação pelas questões de desejabilidade social associadas a este tipo de medida. Especificamente, o recurso ao NEO-FFI assume-se como limitativo por apenas permitir uma visão geral dos traços de personalidade e não o

acesso às facetas. Esta característica deve-se por utilizarmos a versão reduzida, que impede uma análise com maior detalhe e aprofundada das variações dos traços.

Os resultados do presente estudo podem ser um ponto de partida para futuros estudos que relacionem o Trauma Complexo com outros construtos, dado que este conceito ainda se encontra pouco explorado na literatura empírica, relativamente às diferenças entre Sexo e aos Traços de Personalidade. Contribui como ponto de partida para a evolução e obtenção do conhecimento relativamente à comparação entre amostras clínicas e da população geral, pela existência reduzida de estudos que englobem participantes com perturbação mental e sem psicopatologia. Tornar-se-ia interessante substituir a versão reduzida – NEO-FFI – pela mais extensa – NEO-PI-R – Modelo dos Cinco Fatores da Personalidade, de modo a permitir uma análise mais rigorosa com a inclusão da análise das facetas. Propõe-se, ainda, a realização de um estudo longitudinal com duas amostras, caracterizadas por participantes com sintomatologia psicopatológica e da população normativa, para compreender a plasticidade do Trauma Complexo e a sua relação com o desenvolvimento da Personalidade do Ser Humano. Desta forma, o conhecimento académico aprofundar-se-ia sobre os traços da personalidade mais vulneráveis ao trauma, assim como a promoção e prevenção de fatores de risco na população.

### Referências Bibliográficas

- Acierno, R., Resnick, H., Kilpatrick, D. G., Saunders, B., & Best, C. L. (1999). Risk factors for rape, physical assault, and posttraumatic stress disorder in women: Examination of differential multivariate relationships. *Journal of Anxiety disorders*, 13(6), 541-563. doi: 10.1016/S0887-6185(99)00030-4
- Allen, B., & Lauterbach, D. (2007). Personality characteristics of adult survivors of childhood trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20(4), 587-595. doi: 10.1002/jts
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. Oxford: Holt, Reinhart & Winston.
- Allport, G. W., & Vernon, P. E. (1930). The field of personality. *Psychological Bulletin*, 27(10), 677-730.
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatry Association. (1994). *DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC.
- Bagby, R. M., Sellbom, M., Costa Jr, P. T., & Widiger, T. A. (2008). Predicting Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV personality disorders with the five-factor model of personality and the personality psychopathology five. *Personality and Mental Health*, 2(2), 55-69. doi: 10.1002/pmh.33
- Baptista, N. J. M. (2008). Teorias da personalidade. *ISMAI. Portugal*.
- Barrick, M. R., & Mount, M. K. (1991). The big five personality dimensions and job performance: a meta-analysis. *Personnel Psychology*, 44(1), 1-26. doi: 10.1111/j.1744-6570.1991.tb00688.x
- Becerra-García, J. A., García-León, A., & Egan, V. (2012). Childhood abuse history differentiates personality in sex offenders. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23(1), 61-66. doi: 10.1080/14789949.2011.634020
- Bennett, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K., & Woollard, M. (2004). Levels of mental health problems among UK emergency ambulance workers. *Emergency Medicine Journal*, 21(2), 235-236. doi: 10.1136/emj.2003.005645
- Bergeman, C. S., Chlpuer, H. M., Plomin, R., Pedersen, N. L., McClearn, G. E., Nesselroade, J. R., ... & McCrae, R. R. (1993). Genetic and environmental effects

- on openness to experience, agreeableness, and conscientiousness: An adoption/twin study. *Journal of personality*, 61(2), 159-179. doi: 10.1111/j.1467-6494.1993.tb01030.x
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48(3), 216-222. doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810270028003
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626-632. doi: 10.1001/archpsyc.55.7.626
- Briere, J., & Scott, C. (2006). *Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment*. EUA: Sage.
- Briere, J., & Scott, C. (2015). Complex trauma in adolescents and adults: Effects and treatment. *Psychiatric Clinics*, 38(3), 515-527. doi: 10.1016/j.psc.2015.05.004
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2005). Phenomenology and psychological assessment of complex posttraumatic states. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 401-412. doi: 10.1002/jts.20048
- Briere, J., & Spinazzola, J. (2009). Assessment of the sequelae of complex trauma. In C. Courtois, & J. Ford, *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide* (pp. 104-123). Guilford Press.
- Brown, D. P., & Fromm, E. (1986). *Hypnoanalysis and hypnotherapy*. EUA: Routledge.
- Brunello, N., Davidson, J. R. T., Deahl, M., Kessler, R. C., Mendelwicz, J., Racagni, G., et al. (2001). Posttraumatic stress disorder: Diagnosis and epidemiology, comorbidity and social consequences, biology and treatment. *Neuropsychobiology*, 43, 150–162. doi: 10.1159/000054884
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B., & Krol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *The American Journal of Psychiatry*, 144(11), 1426-1430. doi: 10.1176/ajp.144.11.1426
- Burt, M. R., & Katz, B. L. (1987). Dimensions of recovery from rape: Focus on growth outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(1), 57-81. doi: 10.1177/088626087002001004
- Ceobanu, M. C., & Mairean, C. (2015). The Relation between personality traits, social support and traumatic stress. *Revista de Cercetare si Interventie Sociala*, 48, 17. doi: 2031098

- Chemtob, C. M., Hamada, R. S., Roitblat, H. L., & Muraoka, M. (1994). Anger, anger control, and impulsivity in combat related post traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 827-832. doi: 10.1037/0022-006X.62.4.827
- Chemtob, C. M., Novaco, R. W., Hamada, R. S., Gross, D. M., & Smith, G. (1997). Anger regulation deficits in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 17-36. doi: 10.1002/jts.2490100104
- Cherry, K. E., Su, L. J., Welsh, D. A., Galea, S., Jazwinski, S. M., Silva, J. L., & Erwin, M. J. (2010). Cognitive and psychosocial consequences of hurricanes Katrina and Rita among middle-aged, older, and oldest-old adults in the Louisiana healthy aging study. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(10), 2463-2487. doi: 10.1111/j.1559-1816.2010.00666.x.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. doi: 10.1002/jts.20444
- Cloninger, S. (2013). *Theories of Personality: Understanding Persons*. Sixth edition. Pearson.
- Conway, F., Oster, M., & Szymanski, K. (2011). ADHD and complex trauma: A descriptive study of hospitalized children in an urban psychiatric hospital. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10(1), 60-72. doi: 10.1080/15289168.2011.575707
- Costanzo, E. S., Ryff, C.D., & Singer, B.H. (2009). Psychosocial Adjustment Among Cancer Survivors: findings from a national survey of health and well-being. *Health Psychology*, 28(2), 147-156. doi: 10.1037/a0013221
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., ... & Mallah, K. (2017). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35(5), 390-398. doi: 10.3928/00485713-20050501-05
- Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A., & Costello, E. J. (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry*, 70(4), 419-426. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.504
- Costa, P. T. Jr., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. *Journal*

- Personality and Social Psychology*, 81, 322–331. doi: 10.1037/0022-3514.81.2.322
- Courtois, C. A. (2008). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. In *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy 2008*, Vol. S, No. 1, 86–100.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2013). *Treatment of complex trauma*. New York: Guilford.
- Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*. New York: Guilford.
- Jong, J. T., Komproe, I. H., Spinazzola, J., van der Kolk, B. A., & Van Ommeren, M. H. (2005). DESNOS in three postconflict settings: Assessing cross-cultural construct equivalence. *Journal of Traumatic Stress*, 18(1), 13–21. doi: 10.1002/jts.20005
- Dietrich, A. (2007). Childhood maltreatment and revictimization: The role of affect dysregulation, interpersonal relatedness difficulties and posttraumatic stress disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 8(4), 25–51. doi: 10.1300/J229v08n04\_03
- Draijer, N., & Langeland, W. (1999). Childhood trauma and perceived parental dysfunction in the etiology of dissociative symptoms in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 156(3), 379–385.
- Ehlers, A., & Clark, D. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. *Biological Psychiatry*, 53(9), 817–826. doi: 10.1016/S0006-3223(02)01812-7
- Fauerbach, J. A., Lawrence, J. W., Schmidt, C. W., Jr., Munster, A. M., & Costa, P. T., Jr. (2000). Personality predictors of injury-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 510–517. doi:10.1097/00005053-200008000-00006
- Feingold, A. (1994). Gender differences in personality: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116, 429–456. doi: 10.1037/0033-2909.116.3.429
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. doi: 10.1016/S0749-3797(98)00017-8

- Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B., & Bammer, G. (1999). The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*, 23(2), 145-159. doi: 10.1016/S0145-2134(98)00118-5
- Foege, W. H. (1998). Adverse childhood experiences. *A public health perspective. American Journal Preventive Medicine*, 14(4), 354-5. doi: 10.1.1.471.2693&rep=rep1&type=pdf
- Ford, J. D., Racusin, R., Daviss, W. B., Ellis, C. G., Thomas, J., Rogers, K., ... & Sengupta, A. (1999). Trauma exposure among children with oppositional defiant disorder and attention deficit–hyperactivity disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 786. doi: 10.1037/0022-006X.67.5.786
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in Relation to Personality And Intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(1), 29-42. doi: 10.1002/mpr.15
- Garry, R. V. (2010). *Dicionário de Psicologia da APA*. Porto Alegre: Artmed.
- Gil, S. (2015). Risk factors for Traumatic Exposure and Posttraumatic Stress Symptoms. *Journal of Loss and Trauma*, 20(3), 245-252. doi: 10.1080/15325024.2013.870425
- Gleitman, H., Fridlund, A. J., & Resiberg, D. (2011). *Psicologia*. 9ª ed. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian.
- Goodwin, J. (1988). Evaluation and treatment of incest victims and their families: A problem oriented approach. *Modern Perspectives in Psycho-Social pathology. New-York, Brunner/Mazel*.
- Goodwin, R. D., & Gotlib, I. H. (2004). Gender differences in depression: The role of personality factors. *Psychiatry Research*, 126(2), 135-142. doi: 10.1016/j.psychres.2003.12.024
- Grassi-Oliveira, R., Schiavon, B. K., & Dutra, J. (2013). Conceito e diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático em crianças. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*. Retrieved from <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n1/v6n1a08.pdf>
- Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da personalidade*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Harter, S., Alexander, P. C., & Neimeyer, R. A. (1988). Long-term effects of incestuous child abuse in college women: Social adjustment, social cognition, and family



- characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 5. doi: 10.1037/0022-006X.56.1.5
- Hengartner, M. P. (2015). The detrimental impact of maladaptive personality on public mental health: a challenge for psychiatric practice. *Frontiers in Psychiatry*, 6, 87. doi: 10.3389/fpsyt.2015.00087
- Hengartner, M. P., van der Linden, D., Bohleber, L., & von Wyl, A. (2017). Big five personality traits and the general factor of personality as moderators of stress and coping reactions following an emergency alarm on a Swiss University Campus. *Stress and Health*, 33(1), 35-44. doi: 10.1002/smi.2671
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391. doi: 10.1002/jts.2490050305
- Herman, J. L. (1995). Complex PTSD. In Everly, G. S. (Eds.) *Psychotraumatology* (pp. 87-100). Springer Boston, MA.
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the Trait Resilience and Mental Health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27. doi:10.1016/j.paid.2014.11.039
- Ironson, G. H., O’Cleirigh, C., Weiss, A., Schneiderman, N., & Costa, P. T. Jr., (2008). Personality and HIV disease progression: Role of NEO-PI-R openness, extraversion, and profiles of engagement. *Psychosomatic Medicine*, 70(2), 245–253. doi: 10.1097/PSY.0b013e31816422fc
- Jerotić, S., & Marić-Bojović, N. (2016). Sex differences in the trauma-related symptoms: A pilot study. *Medicinski podmladak*, 67(3), 68-73. doi: 10.5937/mp67-12661
- Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177(5), 396-401. doi: 10.1192/bjp.177.5.396
- Katz, R., & McGuffin, P. (1987). Neuroticism in familial depression. *Psychological Medicine*, 17(1), 155-161. doi: 10.1017/S0033291700013052
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012
- Klimowicz, A. (2003). Comparison of the personality of anxiety disorder patients and somatization disorder patients before and after psychotherapy. *Psychiatria*

- polska*, 37(2), 235-246. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12776655>
- Kolb, L. C. (1989). Heterogeneity of PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 146(6), 811-812. doi: 10.1176/ajp.146.6.811-a
- Koss, M. P., & Dinero, T. E. (1989). Discriminant analysis of risk factors for sexual victimization among a national sample of college women. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 57, 242–250. doi: 10.1037/0022-006X.57.2.242
- Krystal, H., & Niederland, W. G. (1968). Clinical observations on the survivor syndrome. *Massive Psychic Trauma*, 327-348.
- Lebowitz, L., & Roth, S. (1994). I felt like a slut: The cultural context and women's response to being raped. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 363-390. doi: 10.1002/jts.2490070304
- Lee-Baggley, D., Preece, M., & DeLongis, A. (2005). Coping with interpersonal stress: Role of big five traits. *Journal of Personality*, 73(5), 1141–1180 doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00345.x
- Lehmann, R., Denissen, J. J., Allemand, M., & Penke, L. (2013). Age and gender differences in motivational manifestations of the Big Five from age 16 to 60. *Developmental psychology*, 49(2), 365.
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *The American Journal of Psychiatry*, 151(12), 1771. doi: 10.1176/ajp.151.12.1771
- Lisak, D., Hopper, J., & Song, P. (1996). Factors in the cycle of violence: Gender rigidity and emotional constriction. *Journal of Traumatic Stress*, 9(4), 721-743. doi: 10.1002/jts.2490090405
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnosis, part one: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 21(25), 373-392. doi: 0deec52c85fe5ac4a9000000.pdf
- Magnus, K., Diener, E., Fujita, F., & Pavot, W. (1993). Extraversion and neuroticism as predictors of objective life events: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(5), 1046. doi: 10.1037/0022-3514.65.5.1046
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-

- analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(2), 101-114. doi: 10.1007/s10862-005-5384-y
- Marcelino, D., & Figueiras, M. J. (2007). A perturbação pós-stress traumático nos socorristas de emergência pré-hospitalar: influência do sentido interno de coerência e da personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8(1), 95-108. doi: S1645-00862007000100007&script=sci\_arttext&tlng=es
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224. doi: 10.1037/0033-295X.98.2.224
- Maroco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. Lisboa: ReportNumber.
- Martin, N. G., Jardine, R., Modgil, S., & Modgil, C. (1986). Hans Eysenck: consensus and controversy.
- Martin, P., Da Rosa, G., Siegler, I. C., Davey, A., MacDonald, M., & Poon, L. W. (2006). Personality and longevity: findings from the Georgia Centenarian Study. *Age*, 28(4), 343-352. doi: 10.1007/s11357-006-9022-8
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1994). The stability of personality: Observation and evaluations. *Current Directions in Psychological Science*, 3(6), 173-175. doi: 10.1111/1467-8721.ep10770693
- McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American psychologist*, 52(5), 509. doi: 10.1037/0003-066X.52.5.509
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2008). The five-factor theory of personality. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (3rd ed., pp. 159–181). New York: The Guilford Press.
- McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60(2), 175-215. doi: 10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x
- McCrae, R. R., & Terracciano, A. (2005). Universal features of personality traits from the observer's perspective: data from 50 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(3), 547. doi: 10.1037/0022-3514.88.3.547
- McCrae, R. R., Costa Jr, P. T., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hřebíčková, M., Avia, M. D., ... & Saunders, P. R. (2000). Nature over nurture: Temperament, personality, and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 173. doi: 10.1037/0022-3514.78.1.173

- McCrae, R. R., Kurtz, J. E., Yamagata, S., & Terracciano, A. (2011). Internal consistency, retest reliability, and their implications for personality scale validity. *Personality and Social Psychology Review*, 15(1), 28-50. doi: 10.1177/1088868310366253
- McCrae, R. R., Terracciano, & 78 Members of the Personality Profiles of Cultures Project (2005). Universal features of personality traits from the observer's perspective: Data from 50 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(3), 547–561. doi: 10.1037/0022-3514.88.3.547
- McFarlane, A. C. (1988). The longitudinal course of posttraumatic morbidity: the range of outcomes and their predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease*. doi: 10.1097/00005053-198801000-00004
- Moran, P., Coffey, C., Chanen, A., Mann, A., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2011). Childhood sexual abuse and abnormal personality: A population-based study. *Psychological Medicine*, 41(6), 1311–1318. doi: 10.1017/S0033291710001789
- Morina, N., & Ford, J. D. (2008). Complex sequelae of psychological trauma among Kosovar civilian war victims. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(5), 425-436. doi: 10.1177/0020764008090505
- Nijenhuis, E. R., & Van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(4), 416-445. doi: 10.1080/15299732.2011.570592
- Neeleman, J., Bijl, R., & Ormel, J. (2004). Neuroticism, a central link between somatic and psychiatric morbidity: path analysis of prospective data. *Psychological Medicine*, 34(3), 521-531. doi: 10.1017/S0033291703001193
- Norris, F. H., Perilla, J. L., Ibañez, G. E., & Murphy, A. D. (2001). Sex differences in symptoms of posttraumatic stress: Does culture play a role?. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 7-28. doi: 10.1023/A:1007851413867
- Ogle, C. M., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2014). Changes in neuroticism following trauma exposure. *Journal of Personality*, 82(2), 93-102. doi: 10.1111/jopy.12037
- Pai, M., & Carr, D. (2010). Do Personality Traits Moderate the Effect of Late-Life Spousal Loss on Psychological Distress?. *Journal of health and social behavior*, 51(2), 183-199. Ddoi: 10.1177/0022146510368933
- Passos, M. F., & Laros, J. A. (2014). O modelo dos cinco grandes fatores de personalidade: Revisão de literatura. *CEP*, 70910, 900. Retrieved from [https://www.researchgate.net/profile/Jacob\\_Laros/publication/272181115\\_O\\_modelo\\_d](https://www.researchgate.net/profile/Jacob_Laros/publication/272181115_O_modelo_d)

os\_cinco\_grandes\_fatores\_de\_personalidade\_Revisao\_de\_literatura/links/54de774a0cf2953c22aeea2c.pdf

- Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 449-459. doi: 10.1002/jts.20052
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B. A., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 18*(1), 3-16. doi: 10.1002/jts.2490100103
- Polusny, M. A., & Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology, 4*(3), 143-166. doi: 10.1016/S0962-1849(05)80055-1
- Rademaker, A. R., Vermetten, E., Geuze, E., Mulwijk, A., & Kleber, R. J. (2008). Self-reported early trauma as a predictor of adult personality: a study in a military sample. *Journal of Clinical Psychology, 64*(7), 863-875. doi: 10.1002/jclp.20495
- Rebeschini, C. (2017). Trauma na infância e transtornos da personalidade na vida adulta: relações e diagnósticos. *Saúde e Desenvolvimento Humano, 5*(2), 67-74. doi: 10.18316/sdh.v5i2.3247
- Redondo, J. (2017). Tráfico de Seres Humanos: um acontecimento traumático. Da prevenção à intervenção em rede: Que papel para os serviços de saúde?. *UNIÃO EUROPEIA E O COMBATE AO TRÁFICO DE SERES HUMANOS, 29*. doi: 10.14195/1647-6336\_17\_2
- Resick, P. A., Bovin, M. J., Calloway, A. L., Dick, A. M., King, M. W., Mitchell, K. S., ... & Wolf, E. J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: Implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress, 25*(3), 241-251. doi: 10.1002/jts.21699
- Riediger, M., Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2005). Managing Life Through Personal Goals: Intergoal Facilitation And Intensity of Goal Pursuit in Younger and Older Adulthood. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 60*, P84-P91. doi: 10.1093/geronb/60.2.P84
- Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2004). Child maltreatment and emergent personality organization: Perspectives from the five-factor model. *Journal of Abnormal Child Psychology, 32*(2), 123-145. doi: 10.1023/B:JACP.0000019766.47625.40

- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van Der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10*(4), 539-555. doi: 10.1023/A:1024837617768
- Sarubin, N., Wolf, M., Giegling, I., Hilbert, S., Naumann, F., Gutt, D., ... & Bühner, M. (2015). Neuroticism and extraversion as mediators between positive/negative life events and resilience. *Personality and Individual Differences, 82*, 193-198. doi: 10.1016/j.paid.2015.03.028
- Schnurr, P. P., & Green, B. L. (2004). *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress*. American Psychological Association.
- Schultz, D. P., & Schultz, S. E. (2016). *Theories of personality*. Cengage Learning.
- Shalev, A. Y. (2000). Measuring outcome in posttraumatic stress disorder. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Smith, D. W., Davis, J. L., & Fricker-Elhai, A. E. (2004). How does trauma beget trauma? Cognitions about risk in women with abuse histories. *Child Maltreatment, 9*(3), 292-303. doi: 10.1177/1077559504266524
- Soto, C. J., John, O. P., Gosling, S. D., & Potter, J. (2011). Age differences in personality traits from 10 to 65: Big Five domains and facets in a large cross-sectional sample. *Journal of Personality and Social Psychology, 100*(2), 330. doi: 10.1037/a0021717
- South, S. C., & Krueger, R. F. (2014). Genetic Strategies for Probing Conscientiousness and its Relationship to Aging. *Developmental psychology, 50*(5), 1362. doi: 10.1037/a0030725
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2003). The long-term health outcomes of childhood abuse. *Journal of General Internal Medicine, 18*(10), 864-870. doi: 10.1046/j.1525-1497.2003.20918.x
- Steinberg, L. (2007). Risk taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science, 16*, 55–59. doi: 10.1111/j.1467-8721.2007.00475.x
- Steketee, G., & Foa, E. B. (1987). Rape victims: Post-traumatic stress responses and their treatment: A review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders, 1*, 69-86. doi: 10.1016/0887-6185(87)90024-7
- Sudbrack, R., Manfro, P. H., Kuhn, I. M., de Carvalho, H. W., & Lara, D. R. (2015). What doesn't kill you makes you stronger and weaker: How childhood trauma relates to

- temperament traits. *Journal of Psychiatric Research*, 62, 123-129. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.01.001
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9(3), 455-471. doi: 10.1007/BF02103658
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., & McGreenery, C. E. (2006). Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *American Journal of Psychiatry*, 163(6), 993-1000. doi: 10.1176/ajp.2006.163.6.993
- Tellegen, A., Lykken, D. T., Bouchard, T. J., Wilcox, K. J., Segal, N. L., & Rich, S. (1988). Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1031. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1031
- van der Kolk, B., & McFarlane, A. C. (1996). The Black Hole of Trauma. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* (pp. 3–23). New York: Guilford Press.
- van der Kolk, B. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Penguin Books.
- van der Kolk, B. A. (1985). Adolescent vulnerability to posttraumatic stress disorder. *Psychiatry*, 48(4), 365-370. doi: 10.1080/00332747.1985.11024297
- van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (Eds.), *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society* (pp. 182–213). New York: Guilford Press.
- van der Kolk, B. A. (2002). The assessment and treatment of complex PTSD. In Yehuda, R. (Ed.). (2008). *Treating trauma survivors with PTSD*, 127-156.
- van der Kolk, B. A., & McFarlane, A. C. (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. Guilford Press.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., & Mandel, F. S. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation. *The American Journal of Psychiatry*, 153(7), 83.

- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., & Mandel, F. (1993). *Complex PTSD: Results of the PTSD field trials for DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 389-399. doi: 10.1002/jts.20047
- van der Kolk, B., Van der Hart, O., & Marmar, C. R. (1996). Dissociation and Information Processing in Posttraumatic Stress Disorder. In (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*, 303-397.
- van der Kolk, Bessel (2005). Development Trauma Disorder. *Psychiatric Annals*; May 2005; 35, 5; Psychology Module, p. 401.
- Van Minnen, A., Arntz, A., & Keijsers, G. P. . (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour Research and Therapy, 40*(4), 439–457. doi:10.1016/s0005-7967(01)00024-9
- Viola, T., Grassi-Oliveira, R., Renner, A. M., & Schiavon, B. K. (2011). Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul (Impresso)*. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v33n1/v33n1a10>
- Watson, D., Clark, L. A., McIntyre, C. W., & Hamaker, S. (1992). Affect, personality, and social activity. *Journal of personality and social psychology, 63*(6), 1011. doi: 10.1037/0022-3514.63.6.1011
- Weinberg, M., & Gil, S. (2016). Trauma as an objective or subjective experience: The association between types of traumatic events, personality traits, subjective experience of the event, and posttraumatic symptoms. *Journal of Loss and Trauma, 21*(2), 137-146. doi: 10.1080/15325024.2015.1011986
- Weine, S. M., Kulenovic, A. D., Pavkovic, I., & Gibbons, R. (1998). Testimony psychotherapy in Bosnian refugees: A pilot study. *American Journal of Psychiatry, 155*(12), 1720-1726. doi: 10.1176/ajp.155.12.1720
- Weisberg, Y. J., DeYoung, C. G., & Hirsh, J. B. (2011). Gender differences in personality across the ten aspects of the Big Five. *Frontiers in Psychology, 2*, 178. doi: 10.3389/fpsyg.2011.00178
- Wilson, S. N., van der Kolk, B., Burbridge, J., Fisler, R., & Kradin, R. (1999). Phenotype of blood lymphocytes in PTSD suggests chronic immune activation. *Psychosomatics, 40*(3), 222-225. doi: 10.1016/S0033-3182(99)71238-7



- Yang, J., McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1998). Adult age differences in personality traits in the United States and the People's Republic of China. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(6), 375-383. doi: 10.1093/geronb/53B.6.P375
- Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346(2), 108-114. doi: 10.1056/NEJMra012941
- Yöyen, E. G. (2017). Relationship between childhood trauma and personality typology. *Balkan and Near Eastern Journal of Social Sciences*, 3(1), 123-129.

# Anexo



## Consentimento Informado

O meu nome é Andreia Filipa Marreiros Carriço e estou a realizar uma investigação em Psicologia Clínica, na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob orientação do Professor Bruno Ademar Paisana Gonçalves.

As temáticas abordadas relacionam-se com a Personalidade e Psicopatologia.

Solicita-se, deste modo, a sua participação através da resposta a (9) nove questionários, onde não existem respostas corretas ou incorretas. O importante é que elas reflitam a sua experiência.

A resposta aos questionários deverá demorar cerca de uma hora e meia e pode sempre desistir, caso seja a sua vontade.

Os dados recolhidos serão tratados globalmente e apresentados com total confidencialidade. Se assim o desejar, após o término da investigação, poderá ser-lhe fornecida uma breve informação sobre os resultados da mesma, através do número de telefone 927 433 401 ou e-mail: afmcarrico94@gmail.com .

Ao assinar este consentimento, declara ter 18 ou mais anos de idade, que tomou conhecimento das indicações dadas anteriormente e que aceita colaborar livre e voluntariamente nesta investigação.

Muito Obrigada pela sua colaboração.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_

.....

(assinatura)